

Les liens qui nous unissent



RAPPORT ANNUEL DE GESTION

BILAN ET PERSPECTIVES

16/17

1^{er} AVRIL 2016

31 MARS 2017

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

Québec



TABLE DES MATIÈRES

Section 1 – Le Message des autorités	4
Section 2 – La déclaration de la fiabilité des données	5
Section 3 – La présentation de l'établissement et les faits saillants	6
L'établissement	6
L'organigramme au 31 mars 2017	9
Le conseil d'administration	10
Les comités, les conseils et les instances consultatives	11
Les faits saillants	19
Section 4 – Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité	41
Section 5 – Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	49
L'agrément	49
La sécurité et la qualité des soins et des services	49
Les personnes mises sous garde	51
L'examen des plaintes et la promotion des droits	53
L'information et la consultation de la population	56
Section 6 – L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie	57
Section 7 – Les ressources humaines	58
Tableau des ressources humaines au 31 mars 2017	58
Section 8 – Les ressources financières	60
Rapport de la direction	60
Rapport de l'auditeur indépendant	61
Résultats financiers	63
État des résultats	63
État des résultats	64
État des surplus (déficits) cumulés	65
État de la situation financière	66
État de la variation des actifs nets (dette nette)	67
État des flux de la trésorerie	68
Revenus reportés aux sommes reçues	71
Charges encourues par programmes-services	72
Notes aux états financiers	73
L'équilibre budgétaire	93
Fonds d'immobilisations est en déficit de 295 634 \$.	93
Les contrats de service	93
Section 9 – L'état du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	94
Annexe 1 – Code d'éthique	104
Adopté par le conseil d'administration le mercredi 14 juin 2017.	

SECTION 1 – LE MESSAGE DES AUTORITÉS

MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

DÉJÀ DES AVANCÉES INTÉRESSANTES DE SERVICES

À sa deuxième année seulement d'existence, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal) a déjà réalisé un grand nombre d'avancées de services et de partenariats pour le plus grand bénéfice de la communauté qu'il dessert.

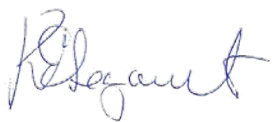
À la lecture de ce rapport annuel de gestion, vous serez à même de prendre connaissance de certaines percées autant sur le plan clinique, qu'administratif et financier. Notamment, l'un des faits marquants de l'an deux du CIUSSS a sans contredit été l'intégration de l'Hôpital Sainte-Anne à la suite de la cession de cette installation du gouvernement fédéral au gouvernement du Québec, le 1er avril 2016. Ainsi, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal devient le seul établissement au Québec ayant vécu une croissance d'une telle envergure après le 1er avril 2016.

Notre performance financière mérite également d'être soulignée puisqu'elle a et continuera à contribuer à notre lancée. De nombreux exemples présentés dans le présent rapport soulignent les principales avancées qui ont eu cours cette année.

Plus concrètement, en début d'année, nous avons identifié les 20 grands projets organisationnels qui ont composé le plan d'action 2016-2017 de notre CIUSSS. L'objectif de ce plan consistait, bien sûr, à augmenter l'accès, la fluidité, et à améliorer l'intégration des soins et des services offerts à nos diverses clientèles. Parmi les grands dossiers porteurs et qui se poursuivront, celui de la fluidité des urgences constitue un parfait exemple d'une démarche intégrée et transversale qui porte ses fruits.

En terminant, force est de constater que le slogan dont s'est doté notre CIUSSS « Les liens qui nous unissent » fait preuve de cette volonté de travailler tous ensemble. Cela se manifeste par un dépassement et un dévouement sans faille afin de repousser les limites de l'excellence. C'est donc avec confiance devant l'ensemble des retombées d'une année de travail que nous entreprenons le nouveau cycle d'Agrément Canada. Tous les facteurs de réussite étant réunis, nous anticipons que les progrès accomplis au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal seront garants d'un avenir des plus prometteurs.

Bonne année 2017-2018!



Richard Legault
Président du conseil d'administration



Benoît Morin
Président-directeur général

SECTION 2 – LA DÉCLARATION DE LA FIABILITÉ DES DONNÉES

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2016-2017 du Centre intégrée universitaire de services de santé et de services sociaux de l'ouest de l'île de Montréal :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- 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 (ou rapport annuel d'activités) 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 2017.



Le président-directeur général

Benoit Morin

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

L'ÉTABLISSEMENT

MISSION, LES PRINCIPAUX SERVICES OFFERTS

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

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

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

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

De par la nature de ses établissements constitutifs, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal couvre les cinq grandes missions définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, lui permettant ainsi d'assurer une meilleure intégration de ses services à sa population et à ses clientèles. Entre le 1er avril 2016 et le 31 mars 2017, l'établissement exploitait :

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

DÉSIGNATION UNIVERSITAIRE ET PRINCIPAUX SERVICES

Désigné universitaire en raison de la présence dans sa région sociosanitaire d'une université offrant un programme complet d'études prédoctorales en médecine et des autres professions de la santé et des services sociaux, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal compte deux installations ayant une désignation universitaire, soit l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et le Centre hospitalier de St. Mary, ainsi que deux centres de recherche : le centre de recherche de l'hôpital Douglas, accrédité par le FRQS et 2^e centre le plus performant au Canada dans son domaine, et le centre de recherche de St. Mary.

Près de 2500 stagiaires universitaires sont présents annuellement dans les installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Ils proviennent de milieux académiques variés : environ 1520 étudiants et résidents en médecine, 730 stagiaires universitaires (services sociaux, soins de santé, génie, administration, ressources humaines, etc.) et 250 stagiaires-chercheurs.

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

VOCATION RÉGIONALE ET SUPRARÉGIONALE

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

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

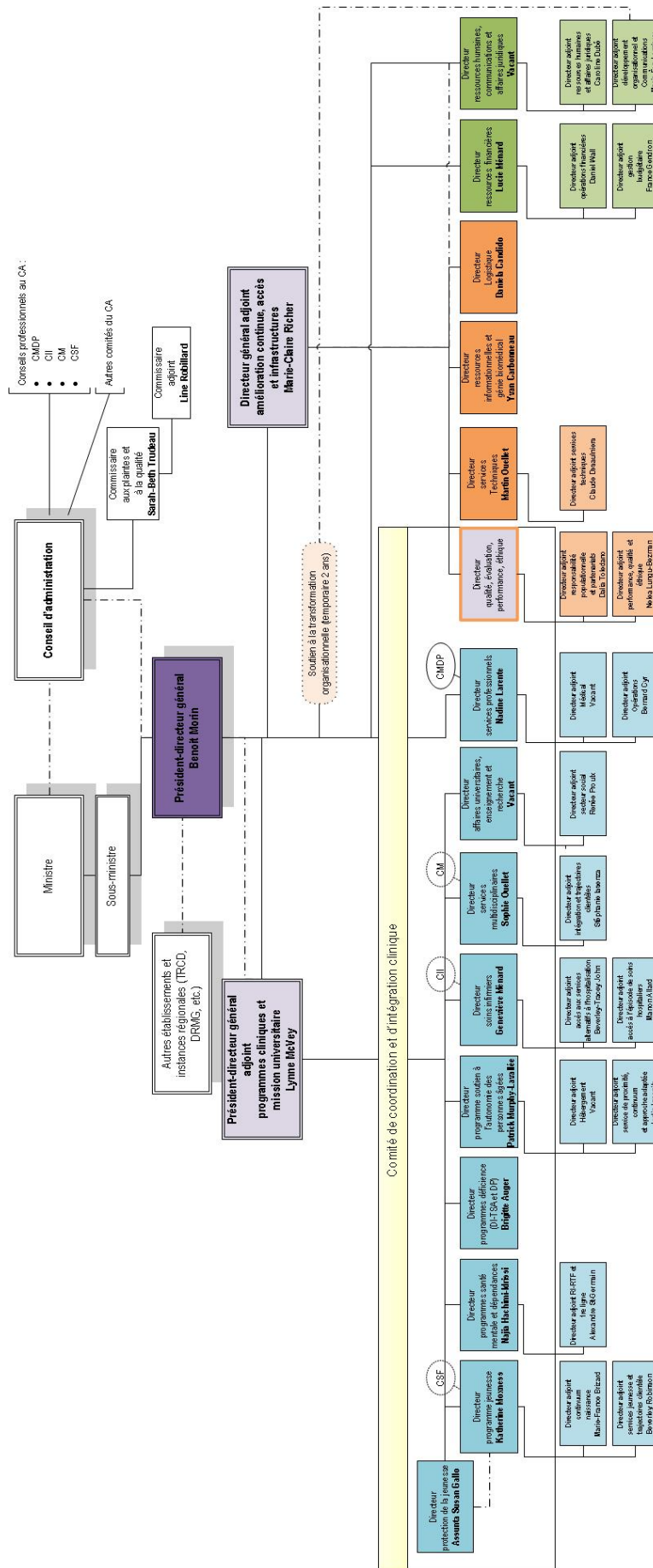
En date du 31 mars 2017, il était constitué des installations suivantes * :

- Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal (CROM)
- Réseau local de services (RLS) de Dorval-Lachine-LaSalle
 - CLSC de Dorval-Lachine
 - CLSC de LaSalle
 - CHSLD Dorval
 - CHDSL Lachine
 - CHSLD LaSalle
 - CHSLD Nazaire-Piché
 - Unité d'hébergement de l'Hôpital de LaSalle
 - Hôpital de LaSalle
- Réseau local de service (RLS) de l'Ouest-de-l'Île
 - CLSC de Pierrefonds
 - CLSC du Lac-Saint-Louis
 - CHSLD Denis-Benjamin Viger
 - Hôpital général du Lakeshore
- Centre de soins prolongés Grace Dart (Grace Dart)
- Centre hospitalier de St. Mary. (CHSM)

- Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw (Centres Batshaw)
- Hôpital Sainte-Anne (HSA)
- Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD)

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

RAPPORT ANNUEL > CIUSSS DE L'OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL



LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

M. Richard Legault	Président Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines
M ^{me} Isabelle Brault	Vice-présidente Compétence en gouvernance ou éthique
M. Benoit Morin	Secrétaire Président-directeur général
M ^{me} Claudette Allard	Expertise en santé mentale
M ^{me} Micheline Béland	Comité des usagers
D ^r Samuel Benaroya	Universités affiliées
M. Alain Berinstain	Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux
M ^{me} Nada Dabbagh	Comité régional sur les services pharmaceutiques
M ^{me} France Desjardins	Expertise dans les organismes communautaires
M ^{me} Marianne Ferraiuolo	Conseil multidisciplinaire
M. Rafik Greiss	Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité et Comité de la langue anglaise
D ^r Nebojsa Kovacina	Département régional de médecine générale
M ^{me} Liette Lapointe	Universités affiliées
M ^{me} Judy Martin	Expertise en protection de la jeunesse
M ^{me} Maya Nassar	Conseil des infirmières et infirmiers
D ^r Suj Sivaraman	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
M ^{me} Caroline Storr-Ordolis	Expertise en réadaptation
M. Marcel Villeneuve	Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité
M. Gary Whittaker	Expertise en réadaptation

Aucun cas n'a été traité ou manquement constaté cette année.

LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES

Comité de gouvernance et d'éthique

M. Marcel Villeneuve	Président du comité
M. Alain Berinstain	
M ^{me} Marianne Ferraiuolo	
D ^r Nebojsa Kovacina	
M ^{me} Maya Nassar	
M. Richard Legault	Membre ex officio, Président du conseil d'administration
M. Benoit Morin	Membre ex officio, Président-directeur général

Comité de vérification

M. Rafik Greiss	Président du comité
M ^{me} Claudette Allard	
M ^{me} France Desjardins	
M. Richard Legault	Membre ex officio, Président du conseil d'administration
M. Benoit Morin	Membre ex officio, Président-directeur général

Comité de vigilance et de la qualité

M ^{me} Judy Martin	Présidente du comité
M ^{me} Micheline Béland	
M ^{me} Isabelle Brault	
M. Benoit Morin	Président-directeur général
M ^{me} Sarah-Beth Trudeau	Commissaire aux plaintes et à la qualité des services
M. Richard Legault	Membre ex officio, Président du conseil d'administration

Le comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à 5 reprises en cours d'année. Il a pris connaissance et fait le suivi des recommandations qui lui ont été acheminées.

Voici quelques faits saillants :

- Reddition de compte au conseil d'administration sur la gestion des risques et sur les plaintes et la qualité des services et dépôt statutaire des faits saillants;
- Suivi de l'évolution de l'état de préparation de l'établissement en vue de la visite d'Agrément à l'hiver 2018;

- Suivi du plan d'action interdirection du Centre d'hébergement Denis-Benjamin-Viger;
- Invitation des directeurs cliniques et administratifs, à tour de rôle, pour une présentation de leur secteur et de leurs réalisations en matière de qualité et de sécurité de la clientèle;
- Organisation d'une journée thématique portant sur le dépôt et la présentation des rapports annuels des instances impliquées dans la qualité des soins et services.

Les recommandations faites au CA durant l'année sont les suivantes :

- Adoption des rapports annuels 2015-2016 des comités en lien avec la qualité des soins et services et des conseils professionnels du CIUSSS;
- Adoption du Règlement sur la protection de la jeunesse et sur l'application de la Loi sur la protection de la jeunesse – Article 37;
- Adoption du Règlement sur la procédure d'examen des plaintes;
- Adoption de la Politique sur l'allaitement maternel dans le cadre de la recertification Initiative Amis des bébés.
- Adoption du plan d'action sur l'implantation de la Loi 2, loi sur les soins de fin de vie et de l'aide médicale à mourir.

Ces recommandations ont toutes été adoptées par voie de résolution au conseil d'administration.

Conclusions du comité concernant les autres rapports et recommandations sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus qu'il a examinés et les suites ou améliorations apportées ou envisagées par le conseil d'administration à l'égard de ces conclusions :

Aucune conclusion n'a été émise par le comité de vigilance.

Comité de révision

M ^{me} Claudette Allard	Présidente du comité
D ^{re} Isabelle Girard	
D ^{re} Chryssi Paraskevopoulos	

Comité des affaires universitaires

D ^r Samuel Benaroya	Président du comité
M ^{me} Nada Dabbagh	
M ^{me} Liette Lapointe	
D ^r Suj Sivaraman	
M ^{me} Caroline Storr-Ordolis	
M. Richard Legault	Membre ex officio, Président du conseil d'administration
M. Benoit Morin	Membre ex officio, Président-directeur général

Comité forum de la philanthropie

M. Gary Whittaker	Président du comité
M. Richard Legault	Président du conseil d'administration
M. Jacques Boyer	Fondation du Foyer Dorval
M. David Cescon	Fondation de l'Hôpital général du Lakeshore
M ^{me} Yolande Chartier	Fondation du CLSC du Vieux La Chine
M. Camille Couturier	Fondation du Centre d'hébergement de Lachine
M. Luciano Di Sante	Fondation de l'Hôpital LaSalle
M. Tom Fisher	Fondation des CLSC du Lac-Saint-Louis et de Pierrefonds
M ^{me} Marisa Giannetti	Fondation de l'Institut Douglas
M. Michael Udy	Fondation des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw
Mme Anne-Marie Boucher	Fondation de l'Hôpital St. Mary
M. Michel Massie	Centre Marc-Vanier
M ^{me} Susan McKercher	Fondation du Centre d'hébergement Denis-Benjamin-Viger
M. Ian Moodie	Service d'adaptation et d'intégration de Montréal (SAIM)
M ^{me} Elise Nesbitt	Fondation Grace Dart
M. Jacques Nolin	Fondation Taylor-Birks
M. Pierre-Paul Pharand	Fondation de l'Hôpital Sainte-Anne

Comité des usagers et résidents

M ^{me} Micheline Béland	Présidente Dorval-Lachine-LaSalle, comité des usagers
M ^{me} Evelyn Meaney	Vice-présidente Ouest-de-l'Île, comité des usagers
M. John Brkich	Trésorier Grace Dart, comité des usagers
M. Elgadi Abdelkarim	Institut Douglas, comité des usagers
M ^{me} Ilona De Montgazon	Centres Batshaw, comité des résidents
M. Joseph Malko	CROM, comité des usagers
M. Claudel St-Pierre	Centre d'hébergement Denis-Benjamin-Viger, comité des résidents

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

D ^r Marcel Fournier	Président CHSM
D ^r Alfred Homsy	Vice-président Dorval-Lachine-LaSalle
D ^{re} Hélène Daniel	Vice-présidente Dorval-Lachine-LaSalle
D ^r Mathieu Walker	Trésorier CHSM
D ^{re} Joan Mason	Secrétaire Institut Douglas
D ^{re} Catherine Duong	Dorval-Lachine-LaSalle
D ^r Tom Kaufman	Ouest-de-l'Île
D ^r Henry Jay Biem	Ouest-de-l'Île
D ^{re} Marie-Christine Godin	Dorval-Lachine-LaSalle
D ^r Eric Tremblay	CHSM
D ^r Frederique Van Den Eynde	Institut Douglas
D ^r Suj Sivaraman	Représentant CA
D ^{re} Nadine Larente	Directrice des services professionnels
M. Benoit Morin	Président-directeur général

Conseil des infirmiers et infirmières (CII)

M ^{me} Maya Nassar	Direction programme jeunesse
M ^{me} Karine Mayas	Direction soutien à l'autonomie des personnes âgées
M. Christian Larrivée	Direction santé mentale et dépendance
M ^{me} Cora Ringuette	DI-TSA-DP
M ^{me} Madeleine Senosier	Direction des soins infirmiers
M ^{me} Lea Anne Hogan	Direction des services professionnels
M ^{me} Joy Théodore	
M. Yves Théberge	
M ^{me} Diane Babin	
M ^{me} Geneviève Ménard	Directrice des services infirmiers
M. Benoit Morin	Président-directeur général

Conseil multidisciplinaire

M ^{me} Jennifer Moutinho	Présidente CLSC Dorval-Lachine
M ^{me} Marianne Ferraiuolo	Vice-présidente CLSC Pierrefonds
M ^{me} Monique Bureau	Secrétaire CROM
M ^{me} Marsella Flora	CHSM
M. Martin Poirier	Ex-Hôpital Lachine
M ^{me} Paz Carrasco	Institut Douglas
M ^{me} Shannon Conway	HSA
M ^{me} Catherine Delorme	HSA
M. Hind El Houss	CH Dorval et CH Nazaire-Piché
M ^{me} Catherine Provost	Institut Douglas
M ^{me} Kaitlin Rollins	CLSC Pierrefonds
M ^{me} Kenza Sassi	Ex-Hôpital Lachine
M ^{me} Venise Calluzzo	Adjointe à la directrice des services multidisciplinaires
M ^{me} Sophie Ouellet	Directrice des services multidisciplinaires
M. Benoit Morin	Président-directeur général

Comité exécutif du Conseil des sages-femmes

M ^{me} Trista Leggett	Présidente
M ^{me} Cynthia Perreault	Vice-présidente
M ^{me} France Richard	Secrétaire
M. Benoit Morin	Président-directeur général

Comité de gestion des risques

M ^{me} Shelja Arya	Présidente Chef de service prévention/promotion enfance jeunesse
M ^{me} Christiane Léonard	Vice-présidente Responsable des services de sage-femme
M ^{me} Manon Allard	Directrice adjointe accès à l'épisode de soins hospitaliers
M ^{me} Louise Audet	Directrice adjointe hébergement
M ^{me} Brigitte Auger	Directrice programmes DI-TSA-DP
M ^{me} Assunta Gallo	Directrice de la protection de la jeunesse
M ^{me} Anca Ghiran	Chef de service de gestion des risques
M ^{me} Najia Hachimi-Idrissi	Directrice des programmes santé mentale et dépendance
M ^{me} Sylvie Hébert	Pharmacienne
M ^{me} Stéphanie Iasenza	Directrice adjointe intégration et trajectoire clientèle
M ^{me} Nelea Lungu-Bezman	Directrice adjointe qualité, performance et éthique
M ^{me} Katherine Moxness	Directrice du programme jeunesse
M ^{me} Merilyne Ng Ah Chey	Usagère
M ^{me} Filomena Novello	Chef de service en ergothérapie et physiothérapie
M. Sylvain Pomerleau	Directeur adjoint opérations, DSP
Vacant	Membre du CMDP
M ^{me} Danielle Garceau	Usagère

AUTRES COMITÉS ET INSTANCES CONSULTATIVES

D'autres comités et instances consultatives sont également en place dans l'organisation : comité de coordination et d'intégration clinique, comité d'éthique clinique, comité d'éthique à la recherche, comité de gestion des risques, comité de l'application des mesures de contrôle, etc.

LES FAITS SAILLANTS

LES 20 PROJETS ORGANISATIONNELS

Une démarche a été menée au sein du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour identifier les 20 grands projets organisationnels qui allaient composer le plan d'action 2016-2017 de l'organisation.

PROJETS DE TRANSFORMATION

1. Guichet d'accès clientèle 0-25 ans

- Améliorer le dépistage et l'accès à l'évaluation et aux services.
- Améliorer l'offre de service et la trajectoire de soins.

2. Programme de fluidité de la trajectoire des patients (incluant les services d'urgence)

- Améliorer la trajectoire des patients à l'urgence et à travers les soins et services offerts par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

3. Optilab (laboratoires)

- Régionaliser l'offre de service québécoise en biologie médicale par la création de la gouvernance par grappe. Pour le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, les laboratoires seront intégrés à la grappe CUSM.

Note : Une étape préalable de la démarche consiste à rehausser le système d'information des laboratoires de l'Hôpital général du Lakeshore ainsi qu'à intégrer les systèmes dans le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

4. Accès priorisé aux services spécialisés

- Améliorer l'accessibilité aux services spécialisés.

5. Développement des GMF (groupes de médecine familiale) et déploiement des super cliniques

- Améliorer l'accès aux services médicaux de première ligne par le développement des GMF et des super cliniques.
- Avoir un plus grand nombre de personnes ayant un médecin de famille sur le territoire du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- Soutenir les médecins dans la prise en charge de leur clientèle.
- Augmenter l'offre de service sans rendez-vous auprès de la population présentant des conditions médicales semi-urgentes ou non urgentes.

6. Financement axé sur le patient - 1^{re} étape : Coût à l'activité

- Développer un modèle de coût à l'activité pour se préparer au financement axé sur le patient. Il s'agit du troisième volet de la réforme de la santé du ministre Barrette.

7. Consolidation des services jeunesse du campus Prévost

- Améliorer les services à la clientèle jeunesse.

8. Relocalisation des services du Pavillon de Grace Dart (rue Sherbrooke)

- Améliorer la qualité des soins et la sécurité des services offerts à la clientèle du Pavillon Grace Dart, situé sur la rue Sherbrooke.

9. Amélioration de l'accès aux services d'imagerie

- Diminuer les délais d'attente, notamment pour les secteurs où les délais se situent au-delà de 90 jours.
- Maximiser l'utilisation du parc d'équipement du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal au profit de notre clientèle.

10. Mise à niveau sur les unités d'endoscopie digestive

- Améliorer l'accès et la qualité des services d'endoscopie digestive, incluant les pratiques cliniques et organisationnelles en coloscopie et en retraitement des dispositifs médicaux, ainsi que les critères préalables à la mise en place d'un programme de dépistage du cancer colorectal.

11. Optimisation des services de buanderie du Centre hospitalier de St. Mary

- Améliorer la performance des services de buanderie du Centre hospitalier de St. Mary de façon à pouvoir assurer la prise en charge de volumes supplémentaires de buanderie-lingerie à cet endroit, et donc réduire le recours à la sous-traitance par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

12. Consolidation des services alimentaires

- Maximiser l'utilisation des ressources financières, humaines et matérielles.
- Assurer un contrôle et une qualité plus uniformes à l'échelle du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- S'harmoniser avec les orientations du MSSS en matière d'offre alimentaire.

PROJETS D'INFRASTRUCTURE

13. Implantation du dossier clinique informatisé (DCI) par l'installation du logiciel Cristal-Net

- Implanter un dossier clinique informatisé (DCI) unique dans le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, en conformité avec l'orientation du MSSS.

14. Régionalisation de la paie - Première étape : Mise à niveau des systèmes d'information

- Harmoniser et centraliser la paie pour la région de Montréal.

15. Intégration des systèmes de gestion des ressources financières-approvisionnement (GRF, GRM)

- Améliorer la performance et la qualité des services financiers du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

PROJETS DE TRANSITION

16. Consolidation et optimisation du service de distribution et des magasins

- Améliorer la logistique hospitalière et la performance des magasins.

- Minimiser le temps consacré par le personnel clinique aux tâches administratives liées aux activités de réapprovisionnement des fournitures médicales afin de leur permettre d'augmenter leur temps passé au chevet du patient.
- Améliorer la performance logistique du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

17. Rationalisation et optimisation du transport externe des usagers

- Augmenter la qualité de l'expérience de transport pour les usagers.
- Optimiser les coûts de transport.
- Utiliser le type de transport le plus approprié.

PROJETS D'HARMONISATION

18. Consolidation de l'offre de service destinée aux personnes âgées tout au long de la trajectoire

- Consolider les services de soutien à domicile qui sont de plus en plus sollicités.
- Venir en aide aux personnes âgées qui souhaitent demeurer le plus longtemps possible à domicile.
- Tenir compte des ressources limitées pour répondre aux besoins.

19. Optimisation de la transcription des notes médicales au dossier pour le CIUSSS ODM

- Améliorer les délais de transcription afin d'atteindre les normes ministérielles dans l'ensemble du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- Réduire les délais de prise en charge de la maladie des patients, grâce à une réception plus rapide et uniforme des résultats d'examens/chirurgies par les médecins traitants.
- Accroître la fluidité et l'efficacité des services de transcription.

20. Optimisation de l'adhésion aux pratiques exemplaires en hygiène des mains

- Atteindre un niveau de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains de 80 % et plus à la grandeur du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

LES DIRECTIONS EN ACTION

LA DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE (DPJ)

Violence conjugale : Le groupe clinique intégré au sujet des enfants exposés à la violence conjugale des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw (Centres Batshaw) a présenté son guide de pratique clinique sur les enfants exposés à la violence conjugale à treize groupes cliniques des services suivants : Réception et Traitement des Signalements – Services Urgence Sociale – Évaluation-Orientation – Vérification Terrain (RTS-SUS-ÉO-VT), Application des mesures (AM), Révision, Adoption, Réadaptation, Service aux jeunes contrevenants, Services cliniques et de santé et Ressources.

Programme ALLIANCE : Un projet pilote à l'ÉO a été implanté au sein du Programme ALLIANCE, un programme montréalais pour les enfants suivis en protection de la jeunesse pour négligence. C'est un outil d'aide pour les intervenants et partenaires, soit un aide-mémoire pour les aider dans leurs interventions.

Adoption : Des rencontres de groupe ont été mises en place pour les parents ayant adopté au Québec ou à l'étranger. Elles ont lieu une fois par mois, pendant six mois. La réponse des participants de Montréal et des villes avoisinantes est très positive.

African Canadian Development and Prevention Network (ACDPN) : La collaboration se poursuit avec cet organisme qui aide les familles anglophones des communautés noires à trouver des méthodes de discipline alternative, contribuant ainsi à réduire la surreprésentation des jeunes Noirs suivis en protection de la jeunesse. L'approche collaborative permet un suivi constant et qui répond aux besoins des différents groupes à qui les services sont offerts.

Services aux jeunes contrevenants : Les services ont approfondi leurs connaissances sur les comportements problématiques à caractère sexuel des jeunes adolescents âgés de 12 à 17 ans, assurant ainsi une évaluation plus efficace de ces derniers et de leurs besoins.

Le comité de suivi provincial sur la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA) a été réactivé afin d'assurer une uniformité tant au niveau de son interprétation que de son application partout au Québec.

Partenariat : Une initiative de collaboration et de partenariat entre la Direction de la protection de la jeunesse et la Direction jeunesse a été entamée afin d'assurer la sécurité de tous les jeunes desservis par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

STATISTIQUES

Signalements traités durant l'année

	2014-2015							2015-2016							2016-2017						
	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%
Signalements non retenus																					
Fille	193	337	231	182	5	948	54.4%	168	254	140	113	2	677	46.8%	193	289	185	136	6	809	47.5%
Garçon	192	329	162	104	5	792	45.4%	193	308	165	83	8	757	52.3%	192	362	205	117	12	889	52.1%
Inconnu	3	0	1	0	0	4	0.2%	11	2	1	0	0	14	1.0%	5	1	0	0	0	6	0.4%
Total	388	666	394	286	10	1 744	52.5%	372	564	306	196	10	1 448	45.5%	390	652	390	253	18	1 703	49.9%
Signalements retenus																					
Fille	264	291	142	61	0	758	48.0%	298	308	152	85	4	847	48.8%	313	307	134	72	0	826	48.3%
Garçon	293	347	133	49	0	822	52.0%	322	387	136	37	7	889	51.2%	319	394	125	47	0	885	51.7%
Inconnu	0	0	0	0	0	0	0.0%	0	0	0	0	0	0	0.0%	0	0	0	0	0	0	0.0%
Total	557	638	275	110	0	1 580	47.5%	620	695	288	122	11	1 736	54.5%	632	701	259	119	0	1 711	50.1%
Signalements traités																					
Fille	457	628	373	243	5	1 706	51.3%	466	562	292	198	6	1 524	47.9%	506	596	319	208	6	1 635	47.9%
Garçon	485	676	295	153	5	1 614	48.6%	515	695	301	120	15	1 646	51.7%	511	756	330	164	12	1 773	51.9%
Inconnu	3	0	1	0	0	4	0.1%	11	2	1	0	0	14	0.4%	5	1	0	0	0	6	0.2%
Total	945	1 304	669	396	10	3 324	100.0%	992	1 259	594	318	21	3 184	100.0%	1 022	1 353	649	372	18	3 414	100.0%

2017-06-05

Signalements retenus par problématique

Problématiques	2014-2015							2015-2016							2016-2017						
	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%
Abandon																					
Fille	3	2	1		6	50.0%				1		1	16.7%			1			1	20.0%	
Garçon	2	2	2		6	3.8%			2	3		5	2.9%		1	2	1		4	2.6%	
Inconnu																					
Total Abandon	2	5	4	1	12	0.8%			2	4		6	0.3%		1	3	1		5	0.3%	
Abus physique																					
Fille	29	81	36	14	160	47.1%	37	79	40	15	2	173	46.6%	43	63	31	14		151	46.6%	
Garçon	44	101	29	6	180	52.9%	38	130	21	8	1	198	53.4%	55	127	26	13		221	59.4%	
Inconnu																					
Total Abus physique	73	182	65	20	340	21.6%	75	209	61	23	3	371	21.4%	98	190	57	27		372	21.7%	
Risque sérieux d'abus physique																					
Fille	18	22	6	2	48	40.7%	17	10	7	1		35	47.9%	19	15	3	1		38	56.7%	
Garçon	32	25	7	6	70	59.3%	20	13	5			38	52.1%	17	11	1			29	43.3%	
Inconnu																					
Total Risque sérieux d'abus physique	50	47	13	8	118	7.6%	37	23	12	1		73	4.2%	36	26	4	1		67	3.9%	
Abus sexuel																					
Fille	6	11	9	7	33	79.0%	10	9	20	16		55	83.3%	7	15	16	6		44	66.7%	
Garçon	6	4	1		11	25.0%	3	8				11	16.7%	6	13	2	1		22	33.3%	
Inconnu																					
Total Abus sexuel	12	15	9	8	44	2.8%	13	17	20	16		66	3.8%	13	28	18	7		66	3.9%	
Risque sérieux d'abus sexuel																					
Fille	3	7	1	2	13	37.1%	7	12	3	5		27	54.0%	2	8	10	2		22	45.8%	
Garçon	6	10	4	2	22	62.9%	8	8	3	4		23	46.0%	6	16	1	3		26	54.2%	
Inconnu																					
Total Risque sérieux d'abus sexuel	9	17	5	4	35	2.2%	15	20	6	9		50	2.9%	8	24	11	5		48	2.8%	
Mauvais traitements psychologiques																					
Fille	116	69	25	5	215	51.9%	123	97	27	15	1	263	51.1%	138	111	23	15		287	53.0%	
Garçon	108	69	19	3	199	48.1%	116	105	26	5		252	48.9%	118	116	17	3		254	47.0%	
Inconnu																					
Total Mauvais traitements psychologiques	224	138	44	8	414	26.2%	239	202	53	20	1	515	29.7%	256	227	40	18		541	31.6%	
Négligence																					
Fille	37	68	22	8	135	43.3%	44	59	20	4		127	44.4%	34	61	15	3		113	48.9%	
Garçon	44	99	25	9	177	56.7%	63	70	24	1	1	159	55.6%	51	49	16	2		118	51.1%	
Inconnu																					
Total Négligence	81	167	47	17	312	19.7%	107	129	44	5	1	286	16.6%	85	110	31	5		231	13.6%	
Risque sérieux de négligence																					
Fille	54	27	13	1	95	54.0%	60	37	6	3	1	107	45.1%	70	28	8	4		110	48.2%	
Garçon	51	23	6	1	81	46.0%	74	42	11	2	1	130	54.9%	64	42	11	1		118	51.8%	
Inconnu																					
Total Risque sérieux de négligence	105	50	19	2	176	11.1%	134	79	17	5	2	237	13.7%	134	70	19	5		228	13.3%	
Troubles de comportement sérieux																					
Fille	1	3	28	21	53	41.1%		5	29	25		59	44.7%		7	27	26		60	39.2%	
Garçon		14	41	21	76	58.9%		11	44	14	4	73	55.3%		19	50	24		93	60.8%	
Inconnu																					
Total Troubles de comportement sérieux	1	17	69	42	129	8.2%		16	73	39	4	132	7.6%		26	77	50		153	8.9%	
Total																					
Fille	264	291	142	61	758	48.0%	298	308	152	85	4	847	48.8%	313	309	133	71		826	48.3%	
Garçon	293	347	133	49	822	52.0%	322	387	136	37	7	889	51.2%	319	395	125	47		885	51.7%	
Inconnu																					
TOTAL	557	638	275	110	1 580	100.0%	620	695	288	122	11	1 736	100.0%	631	704	258	118		1 711	100.0%	

2017-06-05

Provenance des signalements traités

Signalements	2014-2015				2015-2016				2016-2017			
	Non retenu	Retenu	Total	%	Non retenu	Retenu	Total	%	Non retenu	Retenu	Total	%
Milieu familial												
Parent	198	62	260	7.8%	137	68	205	6.4%	159	74	233	6.4%
Fratric	33	29	62	1.9%	49	38	87	2.7%	39	47	86	2.4%
Enfant lui-même	5	6	11	0.3%	5	10	15	0.5%	9	1	10	0.3%
Conjoint du parent	6	2	8	0.2%	5	0	5	0.2%	6	3	9	0.2%
Total Milieu familial	242	99	341	10.3%	196	116	312	9.8%	213	125	338	9.2%
Employés des différents organismes												
Employé d'un CJ	113	185	298	9.0%	137	182	319	10.0%	120	207	327	8.9%
Employé d'un CSSS	99	122	221	6.6%	83	132	215	6.8%	107	154	261	7.1%
Employé d'un CH ou médecin	123	120	243	7.3%	98	139	237	7.4%	112	158	270	7.4%
Employé d'un milieu de garde	5	9	14	0.4%	4	9	13	0.4%	8	8	16	0.4%
Employé d'un organisme	99	102	201	6.0%	78	130	208	6.5%	160	112	272	7.4%
Famille d'accueil	0	2	2	0.1%	2	5	7	0.2%	2	4	6	0.2%
Autres professionnels	6	6	12	0.4%	11	11	22	0.7%	18	17	35	1.0%
Total Employés des différents organismes	445	546	991	29.8%	413	608	1 021	32.1%	527	660	1 187	32.4%
Milieu scolaire	503	399	902	27.1%	279	355	634	19.9%	308	383	691	18.9%
Milieu policier	379	459	838	25.2%	402	567	969	30.4%	578	600	1 178	32.2%
Communauté												
Voisins	159	69	228	6.9%	146	78	224	7.0%	159	86	245	6.7%
Autres personnes	16	8	24	0.7%	12	12	24	0.8%	14	5	19	0.5%
Total Communauté	175	77	252	7.6%	158	90	248	7.8%	173	91	264	7.2%
Total	1 744	1 580	3 324	100.0%	1 448	1 736	3 184	100.0%	1 799	1 859	3 658	100.0%

2017-06-05

Enfants ayant fait l'objet d'un signalement

	2014-2015						2015-2016						2016-2017							
	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	% aug.	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	% aug.
Enfants ayant fait l'objet d'au moins un signalement	785	1 077	528	299	0	2 689	795	1 018	474	255	15	2 557	-4.9%	847	1 091	490	294	22	2 744	7.3%
Enfants ayant fait l'objet d'au moins un signalement retenu	493	555	229	95	0	1 372	533	600	249	108	9	1 499	9.3%	549	607	227	105	12	1 500	0.1%

2017-06-05

■ Nombre d'évaluations/orientations et décisions du directeur provincial

Décisions d'orientation	2015-2016		2016-2017	
	Nombre	%	Nombre	%
Mettre fin à l'intervention	1	1%	1	1%
Référer le jeune au PPCP	20	17%	46	25%
Appliquer des sanctions extrajudiciaires	99	83%	138	75%
Total	120	100%	185	100%

Autres décisions	2015-2016	2016-2017
	Nombre	Nombre
Autre transfert (avant décis.)	0	0
Décès de l'utilisateur	0	0
Retour PPCP-incapacité procéder	10	13
Transfert autre CJ (av. déc.)	0	2
Retour PPCP-prescription atteinte	0	0
Total	10	15

2017-06-05

Adoptions d'enfants québécois réalisées en cours d'année

	2015-2016	2016-2017
Nombre d'adoptions québécoises	5	21

2017-06-05

Situations d'adoptions internationales impliquant le DPJ

	2016-2017
Nombre de situations	9

9 dossiers d'adoption internationale se sont concrétisés.

Source : SAI (secrétariat à l'adoption internationale).

2017-06-05

Recherches d'antécédents réalisées et terminées durant l'année

	2015-2016	2016-2017
Nombre de recherches	105	100

2017-06-05

Retrouvailles réalisées et terminées durant l'année

	2015-2016	2016-2017
Nombre de retrouvailles	94	96

2017-06-05

LA DIRECTION DU PROGRAMME JEUNESSE

« **Amis des bébés** » : Des établissements du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal « Ami des bébés », ont obtenu le renouvellement de leur certification cette année, soit les CLSC de l'Ouest-de-l'Île : le CLSC de Pierrefonds, le CLSC du Lac-Saint-Louis, la Maison des naissances et le Centre hospitalier de St. Mary. Le CLSC Dorval-Lachine et le CLSC de LaSalle ont obtenu leur certification Initiative des amis des bébés en (IAB) en 2013. Tous ces établissements travaillent à implanter les 10 conditions pour assurer des prestations de maternité et des soins aux nouveau-nés. Le programme IAB met de l'avant des pratiques favorisant l'allaitement tant dans les services de maternité que d'autres lieux fréquentés par les parents.

Optimisation de l'utilisation des ressources pour le bien-être des jeunes : Plusieurs projets, dont la standardisation des horaires de travail et la consolidation des équipes en application des mesures, ont été complétés. Ils auront un impact positif sur l'amélioration continue des services offerts aux jeunes et sur la performance financière de la direction.

Intégration à domicile réussie : Grâce à une initiative de collaboration entre la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées et la Direction des soins infirmiers, la Direction du programme jeunesse a pu intégrer à la maison une fillette hospitalisée depuis plusieurs mois en centre hospitalier tertiaire, et ce, malgré une condition nécessitant des soins physiques d'une grande complexité. Cette intégration qui se verra multiplier dans le futur rencontre un objectif ministériel important.

Pratiques exemplaires : Plusieurs pratiques exemplaires ont été implantées, renforcées dans leur utilisation et consolidées pour l'ensemble du continuum du programme jeunesse, dont ALLIANCE, le programme-cadre montréalais en négligence, le cadre de référence RI-RTF (ressources intermédiaires et de type familial), AMPRO (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux), le programme de réanimation néonatale (PRN) et MIAM (manger intelligemment avec mouvement).

Comités de révision : Des comités de révision de mortalité et morbidité des nouveau-nés ont été mis en place pour harmoniser les pratiques des trois centres accoucheurs (Centre hospitalier de St. Mary, Hôpital de LaSalle, Hôpital général du Lakeshore) ainsi qu'un comité de révision des dossiers de transferts de patients de la Maison de naissance vers les centres accoucheurs.

LA DIRECTION DES PROGRAMMES DE SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCES (DSMD)

Fluidité des urgences : Parmi les très nombreux projets émanant de la DSMD soulignons la poursuite cette année du projet majeur de fluidité des urgences avec l'implantation du service de relance au niveau de l'urgence psychiatrique de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Le délai d'accès au module d'intervention rapide (MIR) s'est réduit de 50 % en passant de 20 à 10 jours et est maintenant conforme aux normes de pratique. La liaison avec les partenaires est améliorée pour faciliter le retour de la clientèle aux services de proximité.

Troubles de l'alimentation : Le programme Continuum des troubles de l'alimentation (CTA) a mis au point un service pour les adolescents atteints de troubles de l'alimentation, impliquant de nouveaux traitements ambulatoires, de jour et de soir, en complémentarité avec l'unité de soins intensifs déjà existante. Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal est maintenant le seul à offrir un programme de traitement des troubles de l'alimentation chez les personnes de tous les âges.

Consolidation de programmes : Une consolidation des programmes de réadaptation intensive et de transition communautaire sur un même environnement physique et optimisation des ressources a été mise en place. Notons la transformation de 18 lits en places d'hébergement, avec réintégration dans la communauté d'une clientèle avec un historique de trouble mental grave et dysfonctionnement social important. Ainsi, au moins 15 personnes ont réussi à rester dans la communauté après plus de 20 à 30 ans de longs séjours intermittents en institution.

Prévention du suicide : Un plan d'action pour l'implantation de la pratique organisationnelle en prévention du suicide à travers le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a été élaboré, en collaboration avec la Direction des soins infirmiers, pour les directions clientèle. Une consultation d'experts en prévention du suicide a été menée et un partenariat avec le Réseau québécois sur le suicide, les troubles de l'humeur et les troubles associés (RQSHA) a été établi. Un plan de formation a été proposé et des directions clientèle ont été priorisées pour le déploiement de la formation aux outils de dépistage, d'évaluation et d'intervention en prévention du suicide.

Cliniques de traitement des traumatismes liés au stress opérationnel (TSO) : Cette année a vu l'intégration et la restructuration des programmes des cliniques TSO de l'Hôpital Sainte-Anne. Il s'agissait d'un défi important compte tenu de la spécificité et de la spécialité particulière du programme et du renouvellement important de l'équipe clinique qui a suivi la passation de la gouvernance. La dotation des deux postes de chef de service et un recrutement intensif de personnel clinique ont fait en sorte que la totalité des postes ont été pourvus. Les liens avec le Réseau national des blessures de stress opérationnel (RNBSO) ont été consolidés afin d'arrimer les services avec les meilleures pratiques.

LA DIRECTION DES PROGRAMMES DE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME ET DÉFICIENCE PHYSIQUE (DI-TSA-DP)

Guichet d'accès unique DI-TSA-DP: Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal mettra en place un Guichet d'accès unique à partir du 1er avril 2017 pour les personnes ayant une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou une déficience physique. Auparavant, il existait cinq guichets d'accès pour ces programmes où chacun gérait sa propre liste d'attente, ce qui pouvait compromettre l'accessibilité aux services. Ce guichet est le fruit de plusieurs mois de travail des équipes de la Direction DI-TSA-DP en collaboration avec les autres directions cliniques. Ce projet a aussi fait l'objet d'un travail étroit, au niveau régional et provincial. Ce guichet permettra aux usagers d'accéder aux services spécifiques, spécialisés et appropriés. De plus, l'évaluation des demandes de services pour orientation se fera en commun par les équipes en CLSC et en centre de réadaptation. Les résultats attendus sont : une diminution des délais d'accès, une trajectoire d'accès simplifiée pour l'utilisateur et sa famille, une optimisation de l'utilisation des ressources humaines, la simplification du processus d'accès et la clarification de la trajectoire des services.

Offre de service 0-7 ans : Afin de mieux répondre aux besoins des enfants et de leur famille et de refléter l'intégration des services spécifiques et spécialisés sous une même gestion, l'offre de services aux enfants âgés de 0 à 7 ans a été révisée et actualisée. Cette démarche permet d'intervenir plus précocement dans la vie des enfants tout en assurant une meilleure fluidité dans les services. L'offre est adaptée aux divers profils d'apprentissage et aux besoins des enfants, elle permet une variété d'approches et une flexibilité dans la réponse à leurs besoins et à ceux de leur famille.

Plan d'action 2016-2018 – personnes handicapées : Un premier plan d'action 2016-2018 à l'égard des personnes handicapées a été déposé le 30 mars par la direction. Il a pour but d'améliorer l'accès et l'intégration des personnes handicapées et d'assurer une plus grande participation de ces dernières. Le plan d'action a été élaboré au cours de l'année avec la collaboration de plusieurs directions et de partenaires communautaires. Les équipes ont identifié les obstacles à l'intégration des personnes handicapées dans leurs secteurs respectifs. Des objectifs précis ont été identifiés, incluant les mesures nécessaires à l'atteinte de ces derniers, les échéanciers, ainsi que les indicateurs de résultats.

Continuum résidentiel : La direction a entrepris une importante transformation résidentielle qui a permis la création de quatre nouveaux postes d'éducateurs spécialisés dédiés spécifiquement au suivi professionnel des usagers hébergés en RI-RTF (ressources intermédiaires et de type familial). Ce projet a été couronné de succès grâce, entre autres, à une initiative de collaboration entre la Direction DI-TSA-DP, la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques, et la Direction des ressources financières.

LA DIRECTION DU PROGRAMME DE SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (DSAPA)

Hôpital Sainte-Anne (HSA): Le 1er avril, le gouvernement du Canada cédait l'HSA au réseau de la santé et des services sociaux du Québec. La DSAPA a procédé à l'intégration de cette installation de 446 lits de soins de longue durée jusqu'alors dédiés aux anciens combattants. L'HSA comprend aussi une clinique résidentielle offrant des traitements en résidence et une clinique externe toutes deux pour des traumatismes liés au stress opérationnel, ainsi qu'un centre de jour.

L'ajout de ce huitième établissement constitutif a notamment permis l'ouverture de 64 lits d'hébergement permanent pour la clientèle de la Montérégie. L'HSA a accueilli ses premiers résidents civils dès la mi-avril.

L'ouverture de 96 lits supplémentaires pour la population civile de l'Ouest-de-l'Île a permis le transfert du Pavillon Grace Dart (PGD) vers l'HSA à la fin septembre, le PGD ayant été fermé pour des raisons de vétusté.

Trajectoire des patients : La DSAPA a apporté une contribution tangible au programme de fluidité de la trajectoire des patients, y compris les services d'urgence, en introduisant une ergothérapeute du soutien à domicile au sein de l'urgence de l'Hôpital général du Lakeshore (HGL). Cet ajout permet, entre autres, d'éviter des hospitalisations et de favoriser des congés réussis à partir de l'urgence. Une mobilisation transversale auprès d'une équipe interdisciplinaire du soutien à domicile a permis d'optimiser le transfert de connaissances. Enfin, des partenariats fructueux ont été établis avec divers organismes communautaires pour soutenir les proches aidants et la clientèle hébergée aux soins palliatifs.

Approche adaptée à la personne âgée : À l'automne, la DSAPA a redémarré les activités liées au programme de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA), qui vise à réorienter les façons de voir, de traiter, de soigner et d'accompagner les aînés ayant besoin de séjourner dans un milieu hospitalier. Une vaste campagne de sensibilisation ayant pour thème « Le mieux-être des aînés : avec l'AAPA, j'embarque et j'y gagne » a été lancée.

L'AAPA est présente dans quatre installations : au Centre hospitalier de St. Mary (CHSM), à l'Hôpital de LaSalle, à l'HGL et à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Cette approche, qui fait appel à tous les secteurs et à l'ensemble du personnel présent dans un hôpital, peut compter sur 128 acteurs clés impliqués dans son implantation au sein du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Activités de recherche et d'enseignement : La DSAPA a multiplié ses engagements en matière de recherche et d'enseignement au cours de l'année. À titre d'exemples, l'HSA, comme milieu de vie, a pris part au projet « Évaluation-pilote d'une démarche d'interventions basée sur les sens des cris de personnes âgées vivant avec la maladie d'Alzheimer en centre de longue durée »; le Soutien à domicile a participé à un projet de recherche de l'Université Laval portant sur la « Décision partagée », qui vise à accompagner les usagers en perte d'autonomie qui réfléchissent à l'option la plus appropriée pour recevoir les soins et services dont ils ont besoin : rester chez eux ou déménager; et les unités de gériatrie du CHSM ont collaboré au projet de recherche intitulé « *Co-designing care processes on a geriatric assessment unit* ». Une initiative de collaboration entre la DSAPA et les chercheurs de l'axe vieillissement du centre de recherche de l'hôpital Douglas s'entame avec des résultats prometteurs pour le futur.

Rayonnement : La DSAPA a partagé son expertise auprès de divers publics. Ainsi, la direction a organisé un important événement intitulé « Formation-Colloque SAPA 2017 », s'adressant aux médecins de l'Ouest-de-l'Île, afin de présenter les services en matière de soutien à l'autonomie des personnes âgées et de favoriser une trajectoire optimale pour les usagers. Une journée de sensibilisation à l'égard de la maltraitance envers les personnes âgées a aussi été tenue dans les CLSC et les hôpitaux du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

La DSAPA était également présente lors de diverses activités. À titre d'exemples, trois affiches ont été présentées, à Sherbrooke, lors du 3e Congrès québécois sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, alors qu'une conférence a été livrée à l'occasion du 1er Colloque sur les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence, organisé par l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

LA DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS (DSI)

Consolidation du cheminement de l'aide médicale à mourir (AMM) : Pour assurer un cheminement harmonieux à sa clientèle, l'approche privilégiée par l'équipe du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a été de créer un groupe tactique de niveau CIUSSS. Une équipe multidisciplinaire compose ce groupe. Celle-ci assure le respect du cheminement, l'excellence de l'approche, un soutien constant à l'équipe traitante et un accompagnement sans faille pour la personne en fin de vie et ses proches peu importe le milieu où elle fait sa demande. La DSI contribue au bon fonctionnement de ce groupe tactique en collaboration avec la DSP en initiative de collaboration. Ainsi, lors d'une AMM, le médecin qui accompagne la personne en fin de vie et ses proches a le soutien d'un professionnel expert dans le domaine qui le guide à travers chacune des étapes du cheminement de l'AMM. En parallèle, deux autres professionnels appuient l'équipe traitante par le biais de sessions d'information, de « débriefing », de rencontres individuelles ou d'autres activités de soutien à l'intention des proches.

Prescription infirmière : Le règlement qui autorise des activités de prescription aux infirmières dans les domaines des soins de plaies, de la santé publique et des problèmes de santé courants est entré en vigueur le 11 janvier 2016. Cette activité infirmière favorise l'accès aux soins à la population et permet d'optimiser les interventions de l'infirmière, d'éviter la fragmentation de l'offre de services, de réduire les délais dans la prestation de soins et le risque de conséquences négatives sur l'état de santé des personnes. Afin d'assurer un déploiement harmonieux de la prescription infirmière, la DSI a adopté une règle qui établit clairement les étapes du déploiement dans les différents établissements ainsi que les conditions dans lesquelles ces activités de prescription peuvent être accomplies par les infirmières visées. Un comité de prescription

infirmière formé de conseillères en soins infirmiers s'assure de répondre aux besoins des nouvelles prescriptrices, que ce soit par de la formation, de la documentation, des rencontres, etc. Au 31 mars, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal comptait 81 infirmières autorisées à prescrire. Afin d'évaluer le déploiement de la prescription infirmière, la DSI a offert son soutien à un projet de recherche débuté en mars 2016 par Andrée-Anne Desjardins dont le titre est « Les expériences d'infirmières quant aux nouvelles activités professionnelles de prescription ».

Prévention et contrôle des entérocoques producteurs de Carbapénèmes (EPC) : Un plan d'action de prévention et de contrôle de l'EPC a été mis en place par le comité stratégique EPC et son comité opérationnel composé des directions cliniques et de la Direction des services techniques à l'Hôpital général du Lakeshore (HGL), en collaboration avec la Santé publique de Montréal afin d'atteindre l'objectif d'absence totale de transmission de l'EPC. Une zone cohorte a ainsi été établie à l'HGL. Un affichage distinct s'y retrouve. Des campagnes d'hygiène des mains et des audits de qualité ont été déployées ainsi qu'un dépistage de tous les patients admis. En outre, un tableau de bord a été mis en place.

Programme communautaire de cancérologie : Le programme de cancérologie et son plan d'action ont été développés et sont en voie de déploiement. Un des objectifs du plan d'action vise l'harmonisation des pratiques dans les différents sites offrant des soins et services en cancérologie. Un inventaire des principales pratiques basées sur les données probantes a été effectué, une priorisation de trois pratiques a été faite pour l'harmonisation. Les pratiques sélectionnées sont : la séance d'orientation aux patients nouvellement diagnostiqués, le suivi téléphonique après un premier traitement de chimiothérapie en utilisant l'outil CoStar et l'implantation d'un outil de dépistage de la détresse.

LA DIRECTION DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES (DSM)

OPTILAB : Au cours de l'année, la DSM a piloté et soutenu le transfert des effectifs et des activités des laboratoires vers la grappe CUSM dans le cadre du grand projet OPTILAB.

Imagerie médicale : En imagerie médicale, de nombreux projets ont été actualisés. L'appareil de fluoroscopie a été remplacé au CLSC de Dorval-Lachine, permettant ainsi, grâce à la fluoroscopie numérique, d'obtenir une meilleure résolution des images. De plus, les examens de déglutition impliquant une approche multidisciplinaire sont maintenant offerts sur place ainsi que les biopsies et infiltrations, ce qui constitue une avancée certaine pour la clientèle desservie.

Une salle multifonctionnelle à l'Hôpital général du Lakeshore (HGL) a été installée. Cette technologie de fine pointe permet notamment de mieux répondre aux besoins des patients de la dialyse, d'oncologie ainsi que ceux hospitalisés.

L'achat et l'installation d'un RIS (*Radiology Information Systems*) et d'un PACS (*Picture Archiving and Communication System*) ont été faits à l'Hôpital Sainte-Anne cette année. Ils permettent une meilleure gestion et accessibilité des images et rapports en imagerie médicale.

La réorganisation des échographies mammaires au Centre hospitalier de St. Mary (CHSM) a permis d'assurer une meilleure gestion et un suivi accru des requêtes impliquant la collaboration des commis, technologues et radiologues. Le respect des normes ministérielles a ainsi été atteint.

Médecine nucléaire : Un nouvel appareil a été installé au CHSM cette année. Projet qui a été réalisé grâce à la contribution de la fondation du CHSM ainsi que du CUSM qui a fait don de l'appareil. Cet appareil plus

performant permet de réduire de moitié la durée des tests et ainsi desservir plus de clients. L'équipe a également mené des travaux importants pour rehausser la qualité et ainsi renouveler la licence accordée par la Commission canadienne de sûreté nucléaire (CCSN).

Électrophysiologie médicale : Grâce à l'aménagement de salles d'échographie cardiaque au CHSM et à l'adhésion aux normes d'infection établies par l'INESSS pour la désinfection des sondes, une meilleure fluidité des patients a été atteinte.

Grâce à l'achat d'un logiciel pour la lecture des tracés d'un stimulateur cardiaque à l'HGL, sa Clinique stimulateur cardiaque a pu éviter de nombreux déplacements à des patients à mobilité réduite.

Semaine de l'action bénévole : Plus de 2 200 bénévoles œuvrent au sein du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. En avril, des activités de reconnaissances ont été organisées dans toutes les installations historiques pour reconnaître leur apport essentiel. Un carnet présentant l'histoire et la précieuse implication de différents bénévoles a été créé pour leur rendre hommage et également pour faire connaître le soutien qui peut être offert aux différentes clientèles de l'organisation.

Inhalothérapie-néonatalogique : À la coordination des services thérapeutiques et de réadaptation, un des projets phare résultant d'une initiative de collaboration avec la Direction jeunesse a été le développement et le rehaussement de la pratique en inhalothérapie-néonatalogique de l'Hôpital de LaSalle (HLS). Avec le début des accouchements de nouveau-nés prématurés à l'unité des naissances au printemps, la pratique de l'inhalothérapie a connu un essor important nécessitant la mise en place d'effectifs supplémentaires de soir et de fin de semaine ainsi qu'une mise à niveau de cette pratique spécialisée. L'augmentation significative du nombre de nouveau-nés ayant bénéficié de ventilation non invasive à l'HLS a évité qu'ils soient transférés dans un centre tertiaire, un net avantage également pour les parents.

Soutien et formation pour le processus de demandes au curateur : Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a centralisé ses services de régime de protection. Des personnes pivots font le lien entre les employés de toutes les installations et le service centralisé, ainsi qu'avec le curateur public. La vérification et le traitement rapide des nouvelles demandes et des révisions dans les cas d'adultes inaptes sont donc facilités. Les personnes pivots sont membres d'un comité d'amélioration continue qui se réunit régulièrement.

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a publié le « Guide pour le cheminement clinico-administratif des demandes relatives à la protection d'un majeur inapte ».

Au cours de l'année, plus de 50 professionnels de première ligne et personnes pivots ont participé aux formations portant sur la protection des adultes inaptes. Enfin, plus de 250 employés ont suivi une formation croisée à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, intitulée « Santé mentale, consommation et inaptitude ».

LA DIRECTION DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES, ENSEIGNEMENT ET RECHERCHE (DAUER)

Stages universitaires non médicaux (incluant soins infirmiers) : Cette année, la DAUER a participé à quatre démarches d'agrément de programmes universitaires de l'Université McGill : trois programmes en sciences infirmières et un programme doctoral en psychologie clinique. La direction a obtenu une subvention de l'École de physiothérapie et d'ergothérapie McGill pour parfaire ses stratégies de soutien aux stages dans ces domaines.

La DAUER gère désormais les stages en soins infirmiers universitaires (incluant le DEC-BAC). Au 31 mars, 729 stagiaires universitaires —programmes de médecine exclus — ont œuvré dans les établissements du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, soit l'équivalent de 18 995 jours de stages.

Stages universitaires médicaux : La DAUER a commencé cette année à coordonner le dossier de l'enseignement médical. Sa contribution à ce secteur s'est démarquée dans le cadre de l'agrément au programme de premier cycle en médecine de l'Université McGill. L'établissement a accueilli 1519 étudiants en médecine et médecins résidents pour un total de 51 905 jours de stages.

La conformité aux standards du programme a été confirmée à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (Institut Douglas) et l'accès au Wi-Fi pour les étudiants et les résidents a permis au Centre hospitalier de St. Mary (CHSM) et à l'Hôpital de LaSalle de satisfaire un standard devenu incontournable.

Grâce à la forte implication de médecins de l'Hôpital général du Lakeshore (HGL), une première cohorte de quatre étudiants a été accueillie avec succès au département de l'urgence. La Faculté de médecine de l'Université McGill a offert une aide financière pour consolider les stages en médecine interne.

École Mini Psy et transfert des connaissances : En matière de transferts de connaissances, la DAUER a appuyé la tenue de plus d'une dizaine d'événements scientifiques réalisés principalement en initiatives de collaboration avec la Direction des programmes de santé mentale et dépendances (DPSMD). Trois journées d'étude axées sur la santé mentale ou la déficience intellectuelle-trouble du spectre de l'autisme ont permis d'atteindre près de 400 professionnels de la santé. Quant à la 10e édition de l'École Mini-Psy tenue par le Centre de recherche de l'Institut Douglas, ses conférences grand public sur le thème de la santé mentale ont attiré plus de 300 personnes et ont été diffusées sur le Canal Savoir.

Projets de l'UETMI : L'unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (UETMI) soutient le projet Fluidité des urgences, un des 20 projets organisationnels du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Dans ce cadre, elle a procédé à une revue systématique des interventions permettant de réduire l'utilisation de la salle d'urgence et les hospitalisations pour les personnes âgées vulnérables. L'unité a aussi complété cette année deux revues systématiques portant sur les modèles de services et les interventions psychosociales auprès d'adolescents ou de jeunes adultes à haut risque de troubles bipolaires.

Soutien à la recherche : Afin de refléter la diversité d'expertises du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île de Montréal, deux nouveaux membres ont été nommés pour participer au comité d'éthique de la recherche du CHSM. Trois autres l'ont été au sein du comité de l'Institut Douglas. Ces deux comités suivent plus de 500 projets actifs, dont 117 nouveaux projets évalués en 2016-2017.

La direction a assuré la nomination et l'établissement du mandat d'une directrice scientifique par intérim au Centre de recherche du CHSM dont elle assure la direction administrative. Elle a coordonné, pour contribuer au maintien de la performance des activités du Centre de recherche de l'Institut Douglas, les

suivis administratifs découlant de la mise en place de la nouvelle Direction de la logistique et de ses interfaces avec les services financiers offerts au centre de recherche.

L'établissement a participé à la première rencontre de la Table nationale des directeurs de recherche et a été sélectionné pour faire partie de l'exécutif de cette Table.

Pour toute information relative à nos deux centres de recherche, nous vous invitons à consulter la section *Désignations universitaires* de notre site Web.

LA DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS (DSP)

Pharmacie de l'Hôpital Sainte-Anne (HSA) : Plusieurs changements ont amené la pharmacie de l'HSA à réorganiser ses opérations de façon à desservir efficacement l'ensemble de sa clientèle qui s'est accru. Ce sont 44 000 comprimés et capsules de médicaments qui sont préparés hebdomadairement pour les 535 résidents desservis par la pharmacie, soit une augmentation de 80 % du nombre de résidents à qui elle offre des services. Cette augmentation résulte du transfert de 80 patients en provenance du Centre de soins prolongés Grace Dart, de l'admission de résidents civils dans les lits vacants ainsi que du rapatriement des services pharmaceutiques des 125 résidents du Centre d'hébergement Denis-Benjamin-Viger, jusqu'alors desservis par une pharmacie privée.

Projet pilote à l'urgence de l'Hôpital général du Lakeshore (HGL) : Implanté en février à l'urgence de l'HGL, un projet pilote en collaboration avec la DSAPA, associé au projet de fluidité de la trajectoire des patients et dirigé par une équipe multidisciplinaire, apporte des résultats intéressants. L'objectif principal de ce projet est de prévenir toute admission non nécessaire de personnes âgées de 75 ans et plus, en assurant le suivi pour leur maintien dans leur communauté. Alors que les prévisions permettaient d'envisager une baisse d'une à deux admissions à l'urgence de l'HGL, les premiers résultats révèlent plutôt une diminution de trois à quatre admissions par jour. Grâce à l'équipe multidisciplinaire mise en place, une collaboration accrue s'est développée laquelle permet de soutenir le retour à domicile, une baisse des demandes d'admission entraînant une réduction de la charge de travail sur les unités, une meilleure fluidité ainsi qu'une réduction tangible de la durée moyenne de séjour. Quant aux aînés, ils bénéficient de soins et services de qualité qui leur permettent un retour plus rapide vers leur milieu de vie, contribuant ainsi à réduire les risques de décompensation associée aux séjours en milieu hospitalier et à améliorer leur qualité de vie.

Quatre chambres de plus aux soins intensifs de l'HGL : Un projet de reconfiguration, de modernisation et d'intégration de l'unité de soins intensifs a permis de porter de 11 à 15 le nombre total de lits de soins intensifs à l'HGL, grâce à des dons de la famille Trottier et de la Fondation de l'Hôpital général du Lakeshore. L'ajout de ces quatre chambres permet de traiter 270 patients de plus annuellement. Ces nouvelles installations à la fine pointe de la technologie constituent la phase 1 d'un projet de reconfiguration et d'intégration de l'unité de soins intensifs et de soins cardiaques. L'ajout de ces quatre chambres contribue à désengorger la salle d'urgence en transférant plus rapidement des patients vers des lits aux soins intensifs. Il est à noter que le volume de patients accueillis à l'HGL a quintuplé depuis son ouverture en 1965, que la population de l'Ouest-de-l'Île est vieillissante et ses besoins médicaux de plus en plus complexes.

LA DIRECTION DE LA QUALITÉ, DE L'ÉVALUATION, DE LA PERFORMANCE ET DE L'ÉTHIQUE (DQÉPÉ) (BUREAU DE LA DGA, AMÉLIORATION CONTINUE, ACCÈS ET INFRASTRUCTURE)

Service de la qualité : L'équipe du service qualité a soutenu la mise en œuvre du programme intégré d'amélioration continue de la qualité pour l'ensemble du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. En complément, afin d'effectuer une vigie organisationnelle, la mise en œuvre d'un mécanisme de suivi de l'ensemble des recommandations émises à l'endroit de l'établissement par les instances qualité internes et externes a été adoptée. De plus, l'évaluation de l'expérience client dans les secteurs des services de soutien à l'autonomie des personnes âgées et mère-enfant.

Le CIUSSS assume maintenant le mandat de l'accompagnement des CHSLD publics et des établissements de santé privés situés sur le réseau local de services du CIUSSS dans la réalisation de leur mandat en matière de qualité. Ces établissements ont été accompagnés dans le suivi des visites ministérielles.

Gestion des risques : Cette année, la DQÉPÉ en plus d'avoir été impliquée dans des comités liés à la sécurité des usagers, a consolidé les travaux du comité de gestion des risques. Elle a également dispensé de la formation à de nouveaux employés quant à la déclaration et la divulgation des événements survenus dans la prestation des soins et des services. Enfin, la DQÉPÉ a procédé à l'harmonisation des politiques et procédures de déclaration et divulgation des événements indésirables.

Performance et statistiques : La DQÉPÉ a réalisé de nombreux rapports analytiques en appui aux pratiques cliniques telles que l'endoscopie, l'accident cardio-vasculaire, etc. Elle a en outre déployé des indicateurs de performance en vigie et à des projets organisationnels prioritaires, par exemple en néonatalité, pour l'endoscopie et la chirurgie, etc. La DQÉPÉ a aussi créé des indicateurs de performance pour la salle de pilotage stratégique.

Infocentre : Des rapports automatisés portant sur différents projets comme l'urgence, la chirurgie et la santé mentale ont été mis en place au cours de l'année. Ils contribuent au suivi des projets et outillent du même coup les acteurs impliqués au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Éthique clinique et organisationnelle : La DQÉPÉ a élaboré et diffusé l'offre de services en éthique clinique et organisationnelle. Elle a aussi procédé à la création d'outils permettant une harmonisation des pratiques et facilitant la cueillette de données et la production de statistiques. À cet égard, il est pertinent de noter que plus de 75 demandes de consultations provenant des différentes directions de l'organisation ont été déposées et traitées au cours de l'année. La DQÉPÉ a consolidé le Comité d'éthique clinique et organisationnelle du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

VOLET : ACCÈS, RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE ET PARTENARIATS (ARPP)

Partenariats : Plusieurs moyens ont été nécessaires pour tisser des liens avec les partenaires. Parmi ceux-ci :

- Deux tournées avec le PDG dans le cadre de rencontres publiques et d'échange avec les partenaires;
 - juin - 80 participants
 - janvier – séance publique d'information annuelle et présentations faites par les tables de quartiers de la desserte territoriale du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal – 140 participants
 - taux de satisfaction globale de 92 % (sondage de satisfaction pour les deux rencontres)

- Activité de réseautage à l'Hôpital Sainte-Anne entre les gestionnaires et une dizaine de groupes communautaires;
- Mise en place de relations de travail avec les trois cégeps du territoire pour faciliter l'accès aux services de santé mentale et de santé publique pour les étudiants âgés de 18 à 25 ans;
- Création de la zone partenariat sur l'Internet du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal;
- Douze cadres de diverses directions cliniques et neuf organisateurs communautaires siègent sur 30 tables intersectorielles dans la communauté;
- Des cartes de visite avec les coordonnées de trois cadres sont diffusées auprès des partenaires. Ils s'engagent à assurer un suivi dans les 48 heures auprès des partenaires qui les contactent.

Ententes de services cliniques : Afin de mieux agir collectivement sur l'offre de services à la population, un gabarit CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a été mis en place permettant l'harmonisation des ententes de services cliniques. L'ARPP a participé à l'élaboration de 14 ententes de services cliniques avec les divers directeurs et partenaires dans le but de répondre aux besoins de la population. De plus, un registre des ententes cliniques du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a été créé, lequel permet un suivi de l'échéancier des révisions de chacune de ces ententes. À ce jour, l'ARPP a 104 ententes CIUSSS et 542 ententes enregistrées des installations historiques.

Santé publique : L'ARPP, la Direction du programme jeunesse et la Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées ont participé aux 12 ateliers visant la création du Plan d'action régional intégré (PARI) basé sur 30 déterminants de la santé.

26 992 personnes ont reçu le vaccin contre la grippe au cours de la campagne de vaccination populationnelle, une augmentation de 4 % par rapport à l'an dernier.

En collaboration avec la Direction des soins infirmiers, l'ARPP a mis sur pied des comités stratégiques et opérationnels pour diminuer le taux d'EPC à l'Hôpital général du Lakeshore.

Les infirmières scolaires des cliniques des jeunes et des partenaires des écoles du réseau de services locaux ont collaboré aux formations en lien avec l'intégration de la 1^{re} ligne au programme de troubles alimentaires de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

Lors de la visite d'une délégation d'Haïti, l'ARPP a présenté des initiatives porteuses transférables menées par nos organisateurs communautaires.

LA DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES (DST)

Déménagement des résidents de Grace Dart vers l'Hôpital Sainte-Anne (HSA) : Les équipes de la DST ont été mobilisées lors du transfert des résidents du pavillon Sherbrooke du Centre de soins prolongés Grace Dart vers l'HSA pour ainsi contribuer au succès du déménagement des 80 résidents. Ainsi, les équipes Installations matérielles et le Bureau des projets en immobilisation ont procédé au transfert, au déménagement et à la fermeture du pavillon alors que l'équipe hygiène et salubrité/buanderie-lingerie a préparé le site, nettoyé et désinfecté le matériel.

Installations matérielles : Plusieurs projets de l'équipe installations matérielles ont été implantés lors de la dernière année :

- Une garde technique est maintenant attitrée les soirs, les nuits et les fins de semaine pour assurer une présence en cas d'urgence pour ce qui est de l'entretien, de la maintenance des bâtiments et du bon fonctionnement de l'équipement mécanique et électrique;
- Des téléconférences hebdomadaires ont été mises en place pour assurer les suivis d'appels de garde technique.

Également, et en collaboration avec la Direction des ressources informationnelles et du génie biomédical (DRIGBM), la DST travaille à l'installation du logiciel Octopus sur tous les sites du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour assurer un meilleur suivi des requêtes et mettre en place une maintenance préventive.

Bureau de projets en immobilisation : La DST a créé une équipe des projets en immobilisation et embauché un chef de service pour la diriger. En plus des 300 déménagements effectués cette année, la DST a procédé à un bon nombre de projets en immobilisation. Elle a ajouté quatre lits de soins intensifs et une salle de radiologie interventionnelle à l'Hôpital général du Lakeshore (HGL). Elle a aménagé une salle au Centre hospitalier de St. Mary (CHSM) pour accueillir une caméra Gamma provenant de l'Hôpital général de Montréal. En collaboration avec la DRIGBM, la direction a préparé et remis les plans triennaux 2016-19 des plans de conservation et de fonctionnalité immobilière (PCFI) et des plans de conservation de l'équipement et du mobilier (PCEM). Enfin, à la demande du MSSS, elle a réalisé les phases 1 et 2 des audits des bâtiments.

Service alimentaire : Pour une alimentation plus sécuritaire des résidents de l'HGL, la DST a changé la nomenclature des diètes à texture modifiée pour se conformer au libellé de l'Ordre professionnel des diététistes du Québec (OPDQ) et de l'Association des professionnelles nutritionnistes en dysphagie du Québec (APNED). En plus, la direction a mis sur pied un comité soins-services alimentaire au CHSLD Denis-Benjamin-Viger pour améliorer la qualité du service des repas. Les temps d'attente pour ceux-ci ont été réduits. La DST a aussi accru les contrôles de qualité dans les CHSLD du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal en faisant, par exemple, la vérification des températures de service.

Hygiène et salubrité/Buanderie-lingerie : La DST a constitué un groupe de travail pour implanter les meilleures pratiques en matière d'hygiène-salubrité et pour harmoniser l'utilisation des produits chimiques utilisés dans les différentes tâches associées au personnel du service. Le groupe de travail a pour mandat de procéder à l'inventaire des produits actuellement utilisés ainsi que de proposer une gamme universelle de produits répondant adéquatement aux besoins exprimés par les utilisateurs. En collaboration avec le MSSS, elle a aussi développé des projets pilotes en vue d'implanter de nouvelles méthodes de désinfection. La direction a aussi consolidé les services de buanderie en rapatriant au CHSM les quatre centres d'hébergement du réseau de services locaux Dorval-Lachine-LaSalle, éliminant de ce fait la sous-traitance pour ces sites. La DST maintient et développe en continu des audits de qualité.

LA DIRECTION DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES ET DU GÉNIE BIOMÉDICAL (DRIGB)

Groupe génie biomédical (GBM): La DRIGBM a consolidé le GBM. Plusieurs projets ont été menés, dont :

- la salle multifonctionnelle et les soins intensifs à l'Hôpital général du Lakeshore (HGL);
- le transfert d'une caméra gamma de l'Hôpital Royal Victoria au Centre hospitalier de St. Mary (CHSM);
- la préparation de projets tels « endoscopie » dans trois hôpitaux du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (HGL, CHSM et l'Hôpital de LaSalle);

- l'acquisition de petits équipements médicaux pour plus de 500 000 \$.

Le GBM a participé à la mise en place du comité tactique d'immobilisations dont le premier cycle de planification a été réalisé. En plus, la direction a assuré l'entretien préventif des équipements de criticité élevée, a préparé la prise en charge des sites sans GBM et a normalisé les gardes techniques par l'équipe des opérations.

Participation à plusieurs projets informatiques : La direction a participé à plusieurs projets informatiques, dont :

- le remplacement massif de 1200 dispositifs d'accès au Dossier Santé Québec (DSQ) en circulation dans le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, de 1250 jetons virtuels et 1350 cellulaires;
- la liste d'attente en endoscopie;
- la connectivité RISQ (réseau d'informations scientifiques du Québec) au Centre de recherche de l'Institut Douglas;
- l'implantation de services informatiques pour l'enseignement concernant l'accréditation de l'Université McGill;
- le démarrage d'un projet de stockage d'images d'échographies à l'Hôpital de LaSalle;
- l'intégration de la pharmacie du Centre d'hébergement Denis-Benjamin-Viger à la pharmacie à l'Hôpital Sainte-Anne;
- l'implantation des notes électroniques dans les CLSC rattachés au réseau de services locaux Dorval-Lachine-LaSalle;
- la migration de la version 6 à la version 9 de Lotus Notes sur 7000 postes de travail;
- la migration des serveurs Windows 2003.

Technologie de l'information : À la suite des orientations ministérielles concernant les technologies de l'information, la DRIGBM a entre autres :

- mis en place un mécanisme de suivi des projets concernant les 9 cibles du ministère;
- participé comme établissement associé au mandat de numérisation du dossier clinique informatisé Cristal-Net;
- mis en place plusieurs groupes de travail portant sur plusieurs projets tels que la numérisation, les requêtes et résultats, le plan de soins, la messagerie électronique, la paie régionale, Optilab et le mandat de transition du dossier clinique informatisé OACIS à Cristal-Net;
- réalisé des travaux d'optimisation des infrastructures en créant un domaine COMTL et un Wi-Fi COMTL.

Sécurité de l'information : En ce qui a trait à la sécurité de l'information, la DRIGBM s'est mobilisée pour que les employés du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal aient accès à un réseau informatique performant. Pour y arriver, plusieurs actions ont été mises en œuvre dont la catégorisation des systèmes critiques, l'adoption d'une nouvelle politique CIUSSS et la mise en place d'un programme de sensibilisation en plus d'avoir mené plusieurs audits technologiques.

LA DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES (DRF)

Fusion des systèmes financiers : À la création du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, la DRF travaillait avec sept systèmes financiers de différents fournisseurs auxquels s'est ajouté en 2016-2017 l'Hôpital Sainte-Anne. Ceux-ci ont été fusionnés cette année. La direction a assuré la continuité des opérations financières dans un contexte fusionné. La DRF a procédé par phases pour ultimement en arriver à un seul système financier fonctionnel qui répond plus efficacement aux besoins du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Équilibre budgétaire : La direction a soutenu l'ensemble des gestionnaires dans le maintien de l'équilibre budgétaire. La DRF a mis en place une budgétisation à la performance par l'analyse de chaque centre d'activités en étudiant les comparables provinciaux colligés par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Transfert de l'équipe logistique : La DRF a transféré l'équipe logistique vers une nouvelle direction. En effet, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a créé une Direction de la logistique et elle relève de la DGA Amélioration continue, accès et infrastructures. Cette dernière a comme mandat d'assurer une gestion contractuelle rigoureuse et de pourvoir à la disponibilité des biens aux meilleurs coûts en réduisant au minimum les efforts consentis par le personnel clinique et professionnel. La nouvelle direction a aussi la responsabilité des magasins, du transport et de la distribution anciennement sous la responsabilité de la DST. Même si la direction a été créée en janvier, elle peut se féliciter d'avoir fusionné la majorité des systèmes dans un seul, le GRM.

LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES, DES COMMUNICATIONS ET DES AFFAIRES JURIDIQUES (DRHCAJ)

Transfert des employés du pavillon Grace Dart (GD) à l'Hôpital Sainte-Anne (HSA) : À la suite des orientations ministérielles, la DRHCAJ a procédé de mai à septembre à la planification du transfert de 138 employés de GD vers l'HSA. Les grandes lignes de ce projet pour le volet RH comprenaient entre autres :

- la planification et l'évaluation de la structure de postes à l'HSA;
- la négociation d'entente de transfert avec les unités d'accréditation;
- le rehaussement d'heures de travail à des quarts complets de travail;
- la dotation des postes vacants HSA et Grace Dart, etc.

Planification de la main-d'œuvre (PMO) : Le comité PMO a été implanté et il compte au moins un représentant de chaque direction. Il a identifié 36 actions prioritaires à réaliser au cours des trois prochaines années, ce qui constitue le premier plan d'action de main-d'œuvre triennal pour le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, lequel a été déposé au Ministère de la Santé et des Services sociaux en octobre. La grande collaboration de l'ensemble des directions a rendu cet exercice très dynamique et a créé des liens précieux pour échanger sur les enjeux de main-d'œuvre de l'organisation.

Unités d'accréditation : Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal est passé de 38 à 10 unités d'accréditation, soit quatre pour la région administrative de Montréal, deux pour la région de Laval (Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw, site de Laval) et quatre pour la région des Laurentides (Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw, campus de Prévost). Pour encadrer la gestion de la période de maraudage, une entente est intervenue entre les cinq centrales syndicales, le CIUSSS et le tribunal administratif du travail. Ainsi, aucun des soins et services à la clientèle n'a été affecté.

Soutien à la transformation organisationnelle : La participation du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal au projet de recherche HEC « Exprimez-vous » lui a permis de dresser un portrait représentatif des préoccupations de l'ensemble de son personnel. L'organisation a ainsi été aiguillée sur son niveau d'adaptation au changement, a pu établir avec précision des cibles d'intervention pour pérenniser ses actions et jeter les bases d'une communication bidirectionnelle.

Gestion du changement : Des interventions en gestion du changement ont été faites dans les 20 projets prioritaires du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et les projets des directions. Au total, pas moins de 65 projets ont reçu un accompagnement et 13 de ceux-ci sont terminés, ayant comme objectif de placer les enjeux humains au cœur des priorités de l'organisation.

Programme de reconnaissance : Un programme de reconnaissance a été élaboré afin de créer une culture organisationnelle qui favorise la mise en œuvre de pratiques de gestion visant la rétention du personnel et un milieu de travail qui mise sur le développement du plein potentiel. C'est ainsi que des activités thématiques ont été déployées comme la journée de la pomme en automne, les biscuits en pain d'épice à la période des fêtes et la cabane à sucre mobile au printemps.

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

ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2016-2017 – FICHE DE REDDITION DE COMPTES DES ATTENTES SPÉCIFIQUES

NOM LÉGAL DE L'ÉTABLISSEMENT :		CIUSSS DE L'OUEST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL	
N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT : R= RÉALISÉE À 100 % NR= NON RÉALISÉE À 100 % NA= NON APPLICABLE
SECTION I : SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)			
1.1	BILAN DES ACTIVITÉS RÉALISÉES	Un bilan faisant état des ressources humaines consenties pour la mise en œuvre des activités selon le centre d'activité (nombre de personnes travaillant à temps complet ou son équivalent temps complet) et des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	NA
1.2	COMITÉ PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES	Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et la composition de ce comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales – Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec », Santé et Services sociaux Québec, 2006. La mise à jour de ce dernier est en cours et sa publication est prévue en décembre 2016.	R

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT : R= RÉALISÉE À 100 % NR= NON RÉALISÉE À 100 % NA= NON APPLICABLE
SECTION II : SERVICES SOCIAUX (DGSS)			
2.1	LISTE DES INSTALLATIONS ET ORGANISMES AU SEIN DU RSSS DEVANT IMPLANter LES PROTOCOLES D'INTERVENTION EN MATIÈRE D'ITINÉRANCE	L'établissement devra transmettre une liste des installations et organismes de sa région devant implanter le protocole. Un gabarit à compléter sera fourni, lequel comportera des indications permettant l'identification des installations et organismes pertinents. La liste des installations et organismes transmise permettra de déterminer la cible pour l'établissement, ainsi que la cible nationale, associée à l'indicateur.	NA
2.2	PROGRAMME D'INTERVENTION EN NÉGLIGENCE	Le formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'utilisateurs ayant participé au programme.	R
2.3	CONSOLIDATION DU SERVICE DE CONSULTATION TÉLÉPHONIQUE PSYCHOSOCIALE 24/7 (INFO SOCIAL)	L'établissement doit produire un état de situation afin d'exposer les mesures prises pour respecter et atteindre les standards comme prescrit dans l'Offre de services sociaux généraux.	NA
2.4	ÉVALUATION ET ÉLABORATION D'UN PLAN D'INTERVENTION POUR TOUS LES USAGERS HÉBERGÉS EN CENTRE D'HÉBERGEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE PUBLIC	L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention. Les résultats des profils ISO-SMAF à jour et des plans d'intervention devront être transmis dans le formulaire GESTRED prévu à cette fin. Un état de situation sur les résultats obtenus devra également être produit.	R
2.5	PLAN TERRITORIAL D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS ET DE LA CONTINUITÉ	L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	R
2.6	APPLICATION DU NOUVEAU LEXIQUE DES VARIABLES DU RELEVÉ QUOTIDIEN DE LA SITUATION A L'URGENCE ET EN CENTRE HOSPITALIER	L'établissement doit produire un état de situation sur l'application du nouveau lexique RQSUCH. Celui-ci devra faire état des actions entreprises pour, d'une part, s'assurer de la validité des données dans le contexte d'un changement au niveau des variables, et d'autre part, actualiser les quatre principes directeurs visant à instaurer de meilleures pratiques dans l'organisation et la dispensation des soins et services.	R
2.7	PORTRAIT DES LITS DE SOINS ET SERVICES POSTAIGUS	L'établissement doit produire un état de situation pour documenter l'offre de lits de soins et services post-aigus qui contiendra, notamment, son rôle et fonctionnement, les clientèles desservies ainsi que les ressources et les mécanismes de liaison avec les autres composantes du continuum.	R

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT : R= RÉALISÉE À 100 % NR= NON RÉALISÉE À 100 % NA= NON APPLICABLE
SECTION III : SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)			
3.1	SUIVI DE L'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS ET ATTEINTE DES CIBLES DE L'ENTENTE ENTRE LE MSSS ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC	Un plan de travail permettant d'atteindre les cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec lié à la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (2015, chapitre 25) doit être déposé. Par la suite, un suivi régulier des résultats de ce plan de travail sera fait sous la forme d'états de situation.	R
3.2	MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS : PLAN D'ACTION TRIENNAL 2016-2019 ET SUIVI DES RÉALISATIONS	Un plan d'action triennal 2016-2019 devra être élaboré en impliquant les entités concernées, dont en premier lieu les promoteurs des dix-neuf projets d'implantation ciblés. Un état de situation des réalisations de l'établissement devra également être produit.	R
3.3	PLAN D'ACTION PAR ÉTABLISSEMENT RÉALISÉ SUR LA BASE DU PLAN D'ACTION NATIONAL 2016-2018	L'établissement devra déposer un plan d'action et une autoévaluation à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux.	R
3.4	DÉPLOIEMENT DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE	L'établissement devra produire deux états de situation qui confirment la réalisation des actions suivantes : effecteur la migration d'au moins une unité de médecine familiale (UMF) vers le modèle GMF (nouveau GMF à partir d'une UMF ou ajout d'une UMF à un GMF existant) et reconnaître un nouveau GMF ou ajouter un site clinique à un GMF existant à partir d'un site CLSC (services médicaux première ligne).	R
3.5	ADDENDA – MISE EN ŒUVRE DU FONCTIONNEMENT DE LA BIOLOGIE MÉDICALE SOUS LE FORMAT DES GRAPPES OPTILAB	L'établissement serveur a l'obligation d'assurer, en collaboration avec les autres établissements de sa grappe, le cas échéant, la mise en œuvre du fonctionnement de la biologie médicale sous le format des grappes OPTILAB. Pour ce faire, il s'engage à réaliser certain(e)s actions, mesures ou livrables dans le temps, et ce, en fonction d'une reddition de comptes articulée essentiellement selon un mode de gestion de projet.	NA
3.6	POURSUITE DU DÉVELOPPEMENT ET DU SOUTIEN DE L'OFFRE DE SERVICE EN SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE	L'établissement doit produire un plan d'action qui prévoit : le rehaussement des SPFV à domicile, la mise en place d'un programme clinique de soins de fin de vie, la poursuite du développement des lits réservés en SPFV et la formation des professionnels du réseau en SPFV.	R

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT : R= RÉALISÉE À 100 % NR= NON RÉALISÉE À 100 % NA= NON APPLICABLE
SECTION IV : FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET (DGFIG)			
4.1	LISTES DES BESOINS (OU CORRECTIFS) DEVANT ÊTRE RÉALISÉS DANS LES CINQ PROCHAINES ANNÉES PAR INSTALLATION PRINCIPALE	Pour une seconde année, l'établissement a pour objectif de procéder à l'inspection technique de 30 % de la superficie de leur parc immobilier respectif en 2016-2017 afin d'atteindre un pourcentage cumulatif minimal de 60 %. À la suite de l'inspection technique des bâtiments, il doit élaborer les listes des correctifs par installation principale devant être réalisées dans les cinq prochaines années et télécharger les données dans le système Actifs + Réseau.	R
4.2	STRATÉGIE QUÉBÉCOISE D'ÉCONOMIE D'EAU POTABLE	Par la complétion du formulaire GESTRED, l'établissement participe à la réalisation du plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.	R

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT : R= RÉALISÉE À 100 % NR= NON RÉALISÉE À 100 % NA= NON APPLICABLE
SECTION V : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGCRM)			
5.1	ADDENDA – COMITÉ RÉGIONAL POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE	La formation des comités régionaux pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise est repoussée à une date ultérieure de l'année 2016-2017.	S.O.
5.2	MANDAT MINISTÉRIEL DE LEADERSHIP RÉGIONAL EN SÉCURITÉ CIVILE	Exercer et approfondir le rôle de leadership régional en sécurité civile auprès des établissements de sa région. À cet effet, le MSSS s'attend à ce que l'établissement mette en place une instance de coordination régionale en sécurité civile et se dote de mécanismes de concertation efficaces permettant son déploiement. De plus, advenant la visite de dignitaires en sol québécois, prévoir que des plans de santé pour les dignitaires jouissant d'une protection internationale soient préparés et applicables.	NA
5.3	SÉCURITÉ CIVILE	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure de jouer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au niveau de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile.	R
5.4	GESTION DES RISQUES EN SÉCURITÉ CIVILE – SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX	Procéder au lancement du processus de gestion des risques en sécurité civile. À cet effet, l'établissement doit identifier un responsable du processus. Il peut s'agir du coordonnateur en sécurité civile de l'établissement ou d'une ressource en lien avec celui-ci. Le responsable du processus de gestion des risques en sécurité civile devra compléter le programme de formation du MSSS, réaliser les préalables à la démarche et l'étape du contexte de réussite en amont.	R
5.5	CENTRE D'EXPERTISE SUR LE BIEN-ÊTRE ET L'ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE DES RÉFUGIÉS ET DES DEMANDEURS D'ASILE	La responsabilité de la coordination du Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile a été confiée au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour l'année financière 2016-2017. Ainsi, afin de contribuer au transfert, à la mobilisation et à la valorisation des connaissances aux CISSS et CIUSSS désignés, le Centre d'expertise déposera un plan de travail au MSSS en début d'année financière et des rencontres de suivies auront lieu avec le MSSS à trois moments au cours de l'année.	NA

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT : R= RÉALISÉE À 100 % NR= NON RÉALISÉE À 100 % NA= NON APPLICABLE
SECTION VI : PLANIFICATION, ÉVALUATION ET QUALITÉ (DGPEQ)			
6.1	PLAN D'ACTION MINISTÉRIEL EN RÉPONSE AUX RECOMMANDATIONS ISSUES DES RAPPORTS DU GROUPE VIGILANCE POUR LA SÉCURITÉ DES SOINS	L'établissement doit s'assurer que les installations favorisent la mise en œuvre du plan d'action ministériel en réponse aux recommandations du GVSS et intensifient le déploiement des meilleures pratiques susceptibles de réduire la gravité et l'incidence des chutes et des événements en lien avec la médication.	R
6.2	DIAGNOSTIC ET PLAN D'ACTION À L'ÉGARD DES PERSONNES HANDICAPÉES	Le diagnostic sur l'intégration des personnes handicapées doit contenir des informations sur : la proportion de personnes handicapées à l'emploi, l'accessibilité aux installations, le respect de la politique d'accès aux documents et services, l'accessibilité Web, le processus d'approvisionnement lors de l'achat des biens et services, et les activités pour la semaine québécoise des personnes handicapées. Par la suite, le plan d'action doit être réalisé et porté sur les obstacles prioritaires identifiés.	R

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT : R= RÉALISÉE À 100 % NR= NON RÉALISÉE À 100 % NA= NON APPLICABLE
SECTION VII : TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION (DGTI)			
7.1	ORIENTATION STRATÉGIQUE DU MINISTRE EN TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION DES SYSTÈMES D'INFORMATION UNIFIÉS	• Parachever les travaux préparatoires à la mise en œuvre de l'orientation stratégique en technologie de l'information (TI); • Aligner les priorités en TI de l'établissement à celles du plan global du MSSS; • Préciser les stratégies et les plans de mise en œuvre en fonction de la capacité de l'établissement, de l'état des lieux et des cibles convenues; • Planifier et organiser les projets de déploiement des solutions unifiées qui auront été retenues; • Faire autoriser tous les projets en ressources informationnelles par le MSSS – en conformité avec la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (chapitre G-1.03).	R

Nom de l'indicateur	Engagement annuel (P13)	Résultat année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires
Prévention des infections				
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans (anciennement 1.01.24)	ND	ND	ND	Le porteur du dossier est le CIUSSS Centre-Sud pour la région montréalaise.
Première ligne et urgence				
1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF)	5	5	5	De concert avec l'ensemble des CIUSSS de la région de Montréal, nous sommes en blitz d'inscription afin de réduire les délais d'attente dans le Guichet d'accès à un médecin de famille (GMF). Nous sommes accompagnés par la DOSPLI et les DRMG locaux afin de maintenir un rythme d'inscription adéquat pour atteindre notre engagement.
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	70	67.58	85	L'inscription de patients hors territoire contraint la capacité de prise en charge des médecins de famille à Montréal. Nous tentons de favoriser l'inscription de patients provenant de notre territoire de concert avec les CIUSSS de la région de Montréal.
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	20	21.06	12	Dans le but de canaliser les efforts de l'organisation visant les services d'urgence, le CIUSSS a mis en place un projet visant à améliorer la fluidité de la trajectoire des patients. Ce projet, transversal à l'ensemble des services, missions et installations du CIUSSS, a permis de réduire la durée moyenne à l'urgence en augmentant notamment l'utilisation d'alternatives aux visites et séjours à l'urgence pour la population de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. La mise en place d'une équipe multidisciplinaire a notamment permis d'éviter des hospitalisations pour les usagers de 75 ans et plus en favorisant un retour à domicile avec des services rehaussés.
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	70	62.2	85	
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	65	51.6	85	
Services spécialisés				
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an – Ensemble des chirurgies	0	22	0	Un plan d'action a été mis de l'avant pour diminuer les chirurgies en attente depuis plus d'un an. Le processus pour la distribution des priorités opératoires a été revu et nous travaillons afin de centraliser la programmation opératoire à l'intérieur des installations.
1.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois	ND	89.80	ND	L'engagement convenu dans l'EGI 2016-2017 est atteint.
1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier	90	75.90	90.00	Un plan d'action a été mis de l'avant pour diminuer les chirurgies en attente depuis plus d'un an. Le processus pour la distribution des priorités opératoires a été revu et nous travaillons afin de centraliser la programmation opératoire à l'intérieur des installations.
Sécurité et pérennité				
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (DADC)	95	ND	95	La catégorie pour les hôpitaux non universitaires ayant une proportion supérieure à 45% de la clientèle admise de 65 ans pour la surveillance DACD donne un meilleur portrait comparatif et un positionnement plus juste.
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	95	ND	95	Les données comparatives (surveillance SPIN) ne sont pas encore disponibles. En attente des rapports de surveillance provinciale pour 2016-2017. Ces rapports sont habituellement disponibles au courant de l'été.
1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse	95	ND	95	
Personnes âgées				
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	6066	5494	4983	Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA). L'engagement n'est pas atteint par rapport aux nombres d'usagers dont le dossier est actif au 31 mars 2017, par contre nous avons dépassé la cible d'heures directes auprès des usagers longue durée (1.05.03.01). Le nombre d'usagers total avec un profil long durée est de 10936 pendant l'année. Un des enjeux en cours d'évaluation demeure l'ouverture et la fermeture des assignations.
1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	80	60.7	90	Nous observons une progression constante de l'atteinte de la cible de 37% à 60% à la P13. Les mesures prises pour augmenter le taux de complétion sont : - Intensification d'une démarche clinique où CP-ASI (coordonnateur clinique et assistante au supérieur immédiat) de nos 4 CLSC rencontrent aux 2 semaines les intervenants pour soutien - support vs complétion OEMC-PSIAS - Concrétisation de l'offre de classes de formation unifiée dont 4 classes de 10 intervenants de P10 à P13. - Implantation d'outils manuels de monitoring du suivi individuel de la démarche clinique - Maintien en point statutaire du suivi et de l'évolution du processus de soutien à l'autonomie en comité de coordination - Maintien des appels conférences aux 2 semaines avec les gestionnaires concernés - Installation de stations visuelles pour suivi collectif des résultats
1.03.07.01-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	66.7	---	ND	Le MSSS rendra disponible les résultats 2016-2017 qu'à l'automne.
1.03.07.02-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	33.30	33.33	ND	Nous avons atteint la cible avec uniquement un site sur les 3. Par contre, nous notons une amélioration nette des pourcentages pour l'ensemble des composantes sauf dans une installation. Nous prévoyons une intensification des activités en lien avec l'AAPA avec la nomination d'un nouveau porteur de dossier.

Nom de l'indicateur	Engagement annuel (P13)	Résultat année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	50	100	100	L'atteinte du 100 % résulte du dépassement du seuil de 80 % de déploiement des neuf composantes du RSIPA de nos deux réseaux locaux de services (RLS). Nous notons une hausse des activités de concertation et de coordination avec les partenaires en réseau territorial de service (RTS) et en RLS (Ex : colloque avec les MD- Rencontre avec les pharmaciens, etc). Également nous notons une hausse du rythme de complétion annualisée des plans d'intervention (PI), réduisant l'écart avec le rythme de complétion annualisé plus élevé des outils d'évaluation multi-clientèle (OEMC). De plus, les hausses légères de l'ouest de l'île (ODI) des autres composantes résultent notamment de l'accentuation harmonisée de pratiques en mode RTS.
Personnes vulnérables				
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	837	781	963	L'entente de gestion n'est pas atteinte. Nous n'avons qu'augmenté de quelque peu le nombre d'usager desservis. Nous sommes à réviser l'organisation de nos offres de services de soins palliatifs sur les 4 territoires de CLSC et sommes en recrutement médical pour le soutien aux équipes multidisciplinaires. Nous espérons être capable de se rapprocher à près de 10% de la cible prévue pour 2017-2018.
1.09.45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	29	29	38	L'engagement lié à l'entente de gestion est d'atteindre 38 lits dédiés de soins palliatifs d'ici 2020. Pour le moment, cette cible n'est pas atteinte, toutefois, voici les interventions qui seront mises de l'avant en 2017-2018 afin de progresser vers cette cible; - Cet engagement sera suivi en comité CIUSSS de soins palliatifs ainsi qu'en comité CIUSSS de coordination en cancérologie - L'hôpital Général du Lakeshore a été ciblé pour l'augmentation de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie. Un programme de formation pour les professionnels est en cours de réalisation. Notre cible est de former tous les intervenants de l'unité de soins ciblée d'ici mars 2018. - Un outil de repérage précoce sera adopté afin d'assurer l'admission des patients en soins palliatifs et de fin de vie sur l'unité ciblée d'ici mars 2018. - Un portrait de l'offre de soins et services en soins palliatifs et de fin de vie est en cour de rédaction, il nous permettra d'assurer à la population une offre de service bonifiée.
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	200	501.5	90	Certaines difficultés au niveau du recrutement ont entraîné un impact négatif sur le délai d'attente. Des efforts accrus de la part de l'établissement ont été faits afin d'adresser cette problématique. Les budgets supplémentaires (récurrents et non-récurrents) permettront de réduire significativement le délai d'attente dans la prochaine année.
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	200	72	356	En ce qui concerne le soutien d'intensité variable, le CIUSSS de l'Ouest dépasse la cible fixée par le CNESM pour l'année 2016-2017. Un développement de 72 nouvelles places est également prévu pour l'année 2017-2018.
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	289	282	298	Pour ce qui est du suivi intensif dans le milieu, le CNESM avait ajusté le ratio pour l'équipe SIM de ODI suite à son évaluation, compte-tenu de l'étendue du territoire à couvrir (8,5 usagers/intervenant au lieu de 9 usagers/intervenant) ce qui explique le résultat obtenu. Pour l'année 2017-2018, le développement de 90 nouvelles places est prévu.
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	30	42.3	90	L'engagement convenu dans l'EGI 2016-2017 est atteint.
Mobilisation du personnel				
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	4.8	5.83	4.82	
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	3.1	3.85	3.19	
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	4.5	3.58	4.64	Une réduction du recours à la main-d'œuvre indépendante, en comparaison à 2015-2016, semble s'être reflétée par une augmentation du recours aux heures supplémentaires. Ce besoin de ressources additionnelles se justifie en partie par un nombre important de postes vacants en attente d'affichage ou en évaluation résultant des réorganisations des services. À la suite d'un atelier Kaizen, un plan d'action a été déployé pour mettre en place des stratégies permettant une gestion pro-active des dossiers axée sur le service à la clientèle et les meilleures pratiques en gestion des ressources humaines.
Santé publique				
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles ayant mis en œuvre des interventions globales et concertées en promotion et prévention de la santé selon l'approche École en santé	ND	ND	ND	Le porteur du dossier est le CIUSSS Centre-Sud pour la région montréalaise.
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais (anciennement 1.01.14)	ND	ND	ND	
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais (anciennement 1.01.15)	ND	ND	ND	
Santé publique - Prévention des infections nosocomiales				
1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	95	ND	ND	La catégorie pour les hôpitaux non universitaires ayant une proportion supérieure à 45% de la clientèle admise de 65 ans pour la surveillance DACD donne un meilleur portrait comparatif et un positionnement plus juste. Les données comparatives (surveillance SPIN) ne sont pas encore disponibles. En attente des rapports de surveillance provinciale pour 2016-2017. Ces rapports sont habituellement disponibles au courant de l'été.
Services généraux - Activités cliniques et d'aide				
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	ND	ND	ND	Le porteur du dossier est le CIUSSS Centre-Sud pour la région montréalaise.
1.02.07-EG2 Pourcentage de réfugiés ayant bénéficié d'une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique	ND	ND	ND	

Nom de l'indicateur	Engagement annuel (P13)	Résultat année financière (P13)	Cible 2020	Commentaires
Services généraux - Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)				
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	75	74.8	ND	Nous sommes supérieurs à la cible locale que nous avons fixée et tendons de plus en plus vers la cible provinciale de 85%. De plus, nous avons travaillé cette année à la mise en place d'offres de services en ressource intermédiaires pour la clientèle avec un profil 9 et bonifié l'entente de services à domicile. L'enjeu demeure avec l'accueil d'une clientèle avec un profil 8-9 dans une installation qui a des barrières architecturales limitant l'environnement physique offert aux résidents.
1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services	594911	630300	ND	La cible est atteinte. L'optimisation, entre autres, des services en aide en domicile nous a permis de récupérer plusieurs plages horaires au profit des usagers.
Déficiences				
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90	74	ND	Certaines difficultés au niveau du recrutement ont entraîné un impact négatif sur le délai d'attente. Des efforts accrus de la part de l'établissement ont été faits afin d'adresser cette problématique. Les budgets supplémentaires (récurrents et non-récurrents) permettront de réduire significativement le délai d'attente dans la prochaine année.
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	ND	ND	ND	
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90	98	ND	
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	90	30.9	ND	
Dépandances				
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	ND	ND	ND	
Santé mentale				
1.08.15-EG2 Nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 90 jours	244	534	ND	Le CIUSSS de l'Ouest présente une problématique récurrente en ce qui a trait au nombre de psychiatres disponibles pour répondre aux demandes de consultations. Aussi, la présence de cliniques surspécialisées desservant des usagers en provenance de l'extérieur du CIUSSS crée une pression supplémentaire sur la réponse aux demandes de consultations dans les délais impartis. À cet effet, des critères cliniques de priorisation sont appliqués afin de s'assurer d'une prise en charge rapide des usagers les plus vulnérables. De plus, pour l'installation de l'hôpital général du Lakeshore, une augmentation du volume de consultation et la présence importante d'usagers en provenance de l'extérieur du territoire (23%) crée également des délais supplémentaires pour l'accès aux services spécialisés.
Santé physique - Cancérologie				
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier	100	95.6	ND	Un plan d'action a été mis de l'avant pour diminuer les chirurgies en attente depuis plus d'un an. Le processus pour la distribution des priorités opératoires a été revu et nous travaillons afin de centraliser la programmation opératoire à l'intérieur des installations.
Ressources matérielles				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	100	ND	Les étapes requises pour l'élimination des zones grises ont été mise de l'avant. Plusieurs actions ont été mise en place : - Réaffirmation des directions conjointement responsable du dossier : DSI et DST. - Identification des personnes-clé dans ce dossier. - Création d'un groupe de travail/ CIUSSS : DSI / PCI et Hygiène-salubrité. - Révision de l'attribution des responsabilités par titre d'emploi. (vision CIUSSS) - Évaluation sommaire de l'atteinte du niveau du respect des directives quant à l'entretien des équipements octroyés - Orientation CIUSSS pour l'harmonisation de l'outil de référence visuelle pour les équipements octroyés : photo, descriptif et cartable pour accès rapide à l'information. - Démarche pour structurer une approche de communication (rappel) des attentes au personnel pour le respect de l'entretien des équipements octroyés La principale difficulté aura été de rassembler l'ensemble des informations disponibles dans chacun des sites composant aujourd'hui le CIUSSS suite aux départs des gestionnaires de divers secteurs. Nous avons, aujourd'hui, une vue d'ensemble du sujet.
Ressources technologiques				
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	ND	ND	ND	

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

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

L'AGRÉMENT

En ce qui concerne le processus d'agrément du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, l'année 2016-2017 a été marquée par l'achèvement des preuves de conformité donnant suite aux dernières visites d'agrément des établissements historiques. Ainsi, dans la foulée des visites d'agrément qui ont eu lieu au CSSS Dorval-Lachine-LaSalle et à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas en 2015, certaines recommandations d'Agrément Canada devaient faire l'objet de suivis en 2016-2017. Or, après lui avoir soumis les mesures d'amélioration mises en place au cours de l'année, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a obtenu la confirmation finale d'Agrément Canada du respect de toutes les exigences en matière de suivi des recommandations.

Par ailleurs, l'année 2016-2017 a été celle du développement du programme d'amélioration continue de la qualité avec les équipes de gestion de l'ensemble des directions cliniques. Cette démarche a mené à la création des équipes qualité dans l'ensemble des directions cliniques, permettant le début des travaux d'amélioration continue de la qualité (projets qualité, autoévaluations, etc.) ainsi qu'à la formation des équipes tactiques de la qualité du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (comité d'amélioration continue de la qualité, équipe qualité Leadership et équipe responsable des pratiques organisationnelles requises). Les activités des équipes qualités consisteront, entre autres choses, à préparer la première visite d'agrément du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal qui aura lieu en février 2018.

LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal s'est engagé à favoriser le développement d'une culture de sécurité. Ceci passe par la présence d'une culture juste, qui reconnaît que tous les facteurs systémiques doivent être pris en compte pour évaluer l'efficacité de la sécurité et pour interpréter les comportements humains. La promotion continue de la déclaration et de la divulgation des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins et de services est une préoccupation constante pour l'organisation.

LES ACTIONS

Des séances d'orientation et de formation ont été offertes au cours de l'année à l'intention des employés et des gestionnaires de différentes directions.

Dans le but d'harmoniser les pratiques de déclaration, de divulgation et de gestion des événements indésirables dans l'ensemble du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et également de se conformer aux lignes directrices du MSSS, les politiques et les procédures liées à la prestation sécuritaire des soins et des services ont été révisées et ont conduit à la rédaction de règlements et procédures de divulgation ainsi qu'à la procédure de déclaration.

Le bilan trimestriel des incidents et accidents, tout comme les recommandations liées aux rapports de coroner, sont suivis au comité de gestion des risques, au comité de direction et au comité de vigilance et de la qualité.

LES PRINCIPAUX RISQUES D'INCIDENTS/ACCIDENTS

Pour l'année 2016-2017, le nombre total des événements indésirables déclarés est de 11599, une diminution de 20 % comparativement à l'année précédente. Parmi les événements déclarés, 12 % (1343 événements) des cas ne portaient pas atteinte à l'utilisateur et dans 67 % (7729 événements) des cas, l'utilisateur est atteint, mais il n'y a pas de conséquence sur son état de santé. Dans 12 % des événements déclarés, l'utilisateur a des conséquences temporaires. Comparativement à l'an dernier, la pondération des événements avec conséquences temporaires a diminué de 3 %. Le nombre des événements pour lesquels aucune gravité n'a été attribuée présente une diminution de 49 % par rapport à l'année 2015-2016 et il représente 9 % des événements déclarés.

La majorité des événements mis en évidence par la déclaration sont les chutes, 39 % du nombre des événements déclarés, suivi par « autre type d'événement » (blessure d'origine connue ou inconnue et autres) de 22 % et les erreurs de médicaments de 21 %.

Tous les événements déclarés font l'objet d'une analyse et d'un suivi effectué par le gestionnaire. Soixante-seize événements ont été analysés en profondeur afin d'identifier les défaillances dans les processus et de mettre en place des mesures préventives pour éviter la récurrence. Au cours de l'année, 12 recommandations soumises au comité de gestion des risques ont été approuvées, notamment au niveau des pratiques cliniques et processus administratifs tels que : le développement d'un programme de dysphagie, la classification des césariennes, la poursuite des travaux pour le code rose, la sensibilisation aux enjeux éthiques, les exercices conjoints de mise en situation, etc. Les recommandations émises sont accompagnées de plans d'action qui sont en cours d'implantation.

LES RECOMMANDATIONS DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET LES SUIVIS

Le comité de gestion des risques s'est réuni quatre fois pendant l'année 2016-2017. Voici les principales recommandations issues de l'analyse des rapports trimestriels :

- Que les gestionnaires procèdent plus rapidement à l'analyse sommaire des incidents et accidents;
- Utiliser en dernier recours certaines catégories descriptives des incidents et accidents qui ne reflètent pas l'adhésion aux pratiques exemplaires;
- Poursuivre la mise en place du comité CIUSSS pour la prévention des chutes;
- Poursuivre les travaux interdisciplinaires du circuit du médicament.

Un plan d'action est en cours d'évolution pour contrer l'EPC (entérocoque producteur de carbanapénémases) au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, mais principalement pour l'Hôpital général du Lakeshore, le tout faisant suite à une visite de la Direction régionale de la santé publique de Montréal en juin 2016.

Un processus d'actualisation est en cours pour définir et finaliser la responsabilité du nettoyage des équipements entre le service de l'hygiène-salubrité et le secteur des soins infirmiers, ce qui éliminera les zones grises pouvant exister.

Le service de prévention et de contrôle des infections (PCI) poursuit les formations en hygiène des mains et donne des formations d'appoint lorsque nécessaire.

Un projet organisationnel pour optimiser l'adhésion aux pratiques exemplaires en hygiène des mains a été lancé en janvier 2017.

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

- Le comité des mesures de contrôle présidé par l'adjointe à la DSP présente régulièrement au comité de direction;
- Des visites dans les CHSLD ont été réalisées et le matériel utilisé a été standardisé;
- La liste des équipements disponibles dans tous les établissements du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a été mise à jour;
- La validation de la conformité des salles de contention et d'isolement utilisées a été effectuée;
- Un programme de formation a été présenté et le comité permanent des mesures de contrôle a choisi de mettre l'accent sur les mesures de remplacement;
- Le recensement des données demeure un défi et l'utilisation d'un système d'information unique devient un incontournable.

LES SUIVIS APPORTÉS AUX RECOMMANDATIONS DES INSTANCES SUIVANTES :

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Des mesures visant à l'amélioration de la qualité des soins et services et le respect des droits des usagers ont été mises en place suite aux recommandations formulées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Ces mesures étaient principalement en lien avec l'adaptation des soins et services; l'information et la sensibilisation des intervenants; la conciliation, la médiation et la liaison; l'adaptation du milieu et de l'environnement et enfin, l'adoption, la révision et l'application de règles et procédures.

Des informations plus précises sont disponibles à la section L'examen des plaintes et la promotion des droits du présent rapport de gestion, de même que sur le site Internet du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal au www.ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca. Le rapport complet de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services s'y retrouve également.

Protecteur du citoyen

Au cours de l'exercice 2016-2017, trois dossiers ont fait l'objet de recommandations de la part du Protecteur du citoyen. Des suivis ont été faits dans tous ces dossiers. Au 31 mars 2017, deux dossiers étaient conclus et le troisième était en cours d'examen.

Coroner

Cette année, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a traité sept rapports de coroner. Parmi ceux-ci, trois d'entre eux avaient une portée générale et les directions concernées ont été avisées des recommandations. Quatre rapports visaient directement des services offerts au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et pour lesquels un total de dix recommandations ont été émises par les différents coroners. Pour chacune d'elle, des mesures de suivi et des actions ont été mises en place.

LES PERSONNES MISES SOUS GARDE

Les établissements du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal qui sont visés par l'article 6 ou l'article 9 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001) sont les suivants :

- Institut universitaire en santé mentale Douglas (Douglas)
- Hôpital général du Lakeshore (Lakeshore)
- Centre hospitalier de St. Mary (CHSM)
- Hôpital de LaSalle (HLS)

	Douglas	Lakeshore	CHSM	HLS	Total établissement
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	422	596	162	9	1189
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	363	152	147	9	671
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	30	3	0	0	33
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	27	3	0	0	30
Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	29	3	0	0	32
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	454	131	74	12	671
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	402	112	57	12	583
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutée (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	329	109	55	7	500
Nombre d'usagers mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1 ^{er} avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de gardes auquel il a été soumis)	363	152	147	9	671

L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services - Bilan des dossiers

- 3008 dossiers au total incluant les 116 plaintes médicales conclues (augmentation de 7 % comparativement à 2015-2016);
- 484 plaintes conclues avec 700 motifs de plainte (diminution du nombre de plaintes de 13 % et diminution des motifs de plainte de 3 % comparativement à 2015-2016);
- 2008 demandes d'assistance (augmentation de 13 % comparativement à 2015-2016);
- 44 dossiers d'intervention (diminution de 55 % comparativement à 2015-2016);
- 356 demandes de consultation (augmentation de 36 % comparativement à 2015-2016).
- Les trois principaux motifs de plainte concernent :
 - 28 % soins et services dispensés (ex. compétence technique et professionnelle, processus de transfert, etc.);
 - 23 % relations interpersonnelles (ex. communication/attitude, etc.);
 - 18 % organisation du milieu et ressources matérielles (ex. règles et procédures du milieu, confort et commodité, hygiène et salubrité, etc.).
- 52 % des dossiers de plainte et d'intervention ont été complétés avec des mesures visant l'amélioration de la qualité des soins et services et le respect des droits des usagers (augmentation de 4 % comparativement à 2015-2016).
 - Les mesures visant l'amélioration de la qualité des soins et services et le respect des droits des usagers portaient principalement sur :
 - adaptation des soins et services (ex. amélioration des communications, encadrement d'intervenant, évaluation ou réévaluation des besoins, ajout de services ou ressources humaines, ajustement professionnel);
 - information/sensibilisation des intervenants;
 - conciliation/intercession/médiation/liaison;
 - adaptation du milieu et de l'environnement (ex. ajustement technique ou matériel);
 - adoption/révision/application de règles et procédures (ex. protocole clinique ou administratif).
 - Il y a une proportion de 51 % de mesures à portée individuelle contre 49 % de mesures à portée systémique;
 - 87 % des mesures à portée individuelle sont réalisées (diminution de 4 % comparativement à 2015-2016);
 - 63 % des mesures à portée systémique sont réalisées (augmentation de 11 % comparativement à 2015-2016).
- 69 % des plaintes ont été traitées à l'intérieur du délai légal de 45 jours (stable comparativement à 2015-2016).
- Sur 484 plaintes, 21 plaintes ont été acheminées en deuxième instance au Protecteur du citoyen (augmentation de 31 % comparativement à l'année 2015-2016). Ceci représente un taux de transfert de 4,34 % (augmentation de 1,47 % comparativement à l'année 2015-2016).

- Sur 41 motifs étudiés en deuxième instance au Protecteur du citoyen, deux motifs ont fait l'objet d'une mesure, soit 5 % (diminution de 3 % comparativement à 2015-2016).

Médecin examinateur - Bilan des dossiers

- 116 plaintes médicales conclues avec 163 motifs de plaintes (diminution du nombre de plaintes médicales de 3 % et augmentation du nombre de motifs de 15 % comparativement à 2015-2016);
- 46 % des plaintes médicales ont été traitées à l'intérieur du délai légal de 45 jours (diminution de 19 % comparativement à 2015-2016).
- Les trois principaux motifs de plainte concernent :
 - 59 % soins et services dispensés (ex. traitement/intervention/services, processus de transfert, continuité, décisions et interventions liées à un processus judiciaire, coordination entre les services);
 - 28 % relations interpersonnelles (ex. communication/attitude);
 - 6 % droits particuliers (ex. consentement libre et éclairé, choix du professionnel, confidentialité).
- 5 % des dossiers de plainte médicale ont été complétés avec des mesures visant l'amélioration de la qualité des soins et services et le respect des droits des usagers (diminution de 14 % comparativement à 2015-2016).
- Les mesures visant l'amélioration de la qualité des soins et services et le respect des droits des usagers portaient principalement sur l'adaptation des soins et services (ex. amélioration des communications) et l'adoption/révision/application de règles et procédures (ex. protocole clinique ou administratif).
- 27 dossiers ont été acheminés en deuxième instance au comité de révision (augmentation de 24 % comparativement à 2015-2016).

Comité de révision - Bilan des dossiers

- Le comité de révision a été constitué le 9 mai 2016 et a tenu huit réunions en 2016-2017.
- 27 plaintes ont été acheminées en deuxième instance au comité de révision (augmentation de 29 % comparativement à l'année 2015-2016).
- 22 dossiers en cours d'examen au début de l'exercice (augmentation de 175 % comparativement à 2015-2016).
- 22 dossiers ont été conclus en deuxième instance au comité de révision (augmentation de 214 % comparativement à 2015-2016).
- 10 % des dossiers de plainte médicale envoyés au comité de révision ont été complétés avec des mesures et 90 % sans mesures.
- Il y a une proportion de 33 % de mesures à portée individuelle contre 67 % de mesures à portée systémique.
- Les mesures à portée individuelle ciblent principalement la conciliation, l'intercession, la médiation, la précision et l'explication.

- Les mesures à portée systémique ciblent principalement l'adaptation des soins et services et l'adoption/révision/application de règles et procédures.
- Le délai moyen de traitement des plaintes médicales en deuxième instance par le comité de révision a été de 446 jours, soit une augmentation de 354 jours comparativement à 2015-2016.
- Puisque le comité a été constitué le 9 mai 2016, il a dû procéder au rattrapage de la révision des dossiers selon la date de dépôt de la demande de révision et aucun dossier n'a été traité à l'intérieur du délai légal de 60 jours.
- Le comité de révision a confirmé les conclusions du médecin examinateur dans 77 % des dossiers conclus.
- Le comité de révision a demandé un complément d'examen auprès du médecin examinateur dans 23 % des dossiers conclus.

Promotion du régime d'examen des plaintes

En 2016-2017, le Commissariat a effectué 492 activités de promotion du régime d'examen des plaintes, de diffusion de l'information sur les droits et les obligations des usagers et de communications.

- campagne de visibilité du Commissariat du 6 au 31 mars 2017;
- kiosque d'information à l'intention des citoyens dans le cadre de la Semaine des droits des usagers au Complexe Desjardins le 29 septembre 2016;
- rencontres avec le comité central des usagers ainsi que plusieurs comités locaux des usagers ou de résidents;
- participation à une tournée informelle de plusieurs installations;
- participation à la semaine des droits des usagers;
- participation à la semaine de la sécurité des patients;
- participation à des activités de promotion et d'information concernant les droits et les obligations des usagers et la procédure d'examen des plaintes;
- participation lors des journées d'orientation du nouveau personnel;
- participation à des activités avec les résidents et leurs familles;
- participation aux rencontres bilan des visites ministérielles en CHSLD;
- participation à titre de secrétaire à l'exécutif du Regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité – Québec;
- membre du comité de vigilance;
- présence ponctuelle à plusieurs comités.

Le rapport complet de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services se retrouve au www.ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca.

L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

Responsable de fournir aux citoyens des renseignements concernant les services offerts sur son réseau local de services, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal continue à déployer des actions de communications pour s'acquitter de sa mission.

Parmi les principales :

Le portail Web (www.ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca), mis en ligne dès juin 2015, est très populaire.

- 187 000 pages vues par mois;
- 12 nouvelles publiées par mois;
- 1600 visites par mois.

Le site Internet a été amélioré pour faciliter l'accès aux soins et services. À cet égard et à titre d'exemples, le comité des usagers et résidents bénéficie dorénavant d'une visibilité accrue, ce qui soutient en outre le recrutement de membres. Par ce truchement la clientèle y trouve un mécanisme pour faire part de sa satisfaction. Les partenaires profitent d'une zone dédiée créée cette année.

La ligne Info-CIUSSS (514 630-2123) et l'adresse courriel informations.comtl@ssss.gouv.qc.ca, publicisées auprès de la population du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal depuis leur mise en place (2015), connaissent toujours du succès. Ce sont en moyenne 5 appels téléphoniques et 15 demandes de renseignement et commentaires faits par courriel générés chaque semaine.

Toujours dans le but d'informer efficacement la population sur les services offerts, mais aussi pour soutenir les activités de ses équipes de santé publique et de promotion de la santé et des saines habitudes de vie, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal diffuse non seulement de l'information par le biais de son portail, mais utilise également activement les médias sociaux :

- hausse du nombre d'abonnés de la page Facebook de 62 % depuis avril 2015;
- hausse du nombre d'abonnés du compte Twitter de 32,74 % depuis 2015;
- hausse du nombre d'abonnés à LinkedIn de 134 % depuis 2015.

Les 31 écrans dynamiques de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, des installations de du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle et de l'Hôpital Sainte-Anne constituent aussi une source d'information pour la clientèle et la population.

En outre, la population est invitée à venir entendre ce que les membres du conseil d'administration présentent et à poser des questions lors de toutes les séances ordinaires du conseil. Cette invitation est faite par le biais d'avis publics publiés au moins 15 jours avant la date de la séance ordinaire.

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

Plus d'un an s'est écoulé depuis l'entrée en vigueur de la Loi concernant les soins de fin de vie. Voici un résumé des activités qui en découlent au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Le groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) mis en place en décembre 2015 pour accompagner les professionnels de la santé pour toute demande d'aide médicale à mourir a poursuivi ses activités et a eu 11 rencontres présidées par la PDGA au cours de la dernière année. Les membres du groupe tactique, à tour de rôle, accompagnent les professionnels impliqués, et ce, pour chaque demande reçue.

De plus, une conférence scientifique (*clinical integration grand round*) a été organisée sur le sujet afin de mieux outiller les membres du GIS. Un expert, Dr Eugene Bereza, médecin et bioéthicien, directeur du Centre d'éthique appliquée du CUSM, a prononcé un discours lors d'une conférence sur les enjeux, les considérations éthiques et l'impact de cette loi sur les professionnels de la santé. En plus des membres du GIS, les directeurs cliniques, les chefs médicaux ainsi que tous les professionnels concernés par cette loi étaient invités à se joindre à l'événement. Cette conférence a été suivie par une séance de consultation et d'échange entre Dr Bereza et les membres du GIS basée sur les situations rencontrées au CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal depuis l'entrée en vigueur de la loi.

	déc. 2015 à juin 2016	juin 2016 à déc. 2016	Annuel
Le nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	733	696	1429
Le nombre de sédations palliatives continues (SPC) administrées	4	9	13
Le nombre de SPC donné en Maison des soins palliatifs	3	8	11
Le nombre de SPC donné à domicile	0	0	0
Le nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées;	3	11	14
Le nombre d'aides médicales à mourir administrées	1	3	4
Le nombre d'aides médicales à mourir qui n'ont pas été administrées	2	8	10
Les motifs pour lesquels elles ne l'ont pas été	1 demande rétractée 1 demande ne satisfaisant pas à la condition de l'article 26.6	2 demandes rétractées 3 usagers décédés avant la 2e évaluation 1 demande en progrès 2 demandes ne satisfaisant pas à la condition de l'article 26.6	

SECTION 7 – LES RESSOURCES HUMAINES

Le niveau annuel des heures rémunérées à respecter pour 2016-2017 était de 15 371 704. Cette cible a été respectée.

TABLEAU DES RESSOURCES HUMAINES AU 31 MARS 2017

Dénombrement des effectifs par catégorie d'emploi		
Catégorie d'emploi (MSSS, syndicale)	2016-2017*	2015-2016
10 - Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	2847	2669
20 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	3031	2563
30 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1279	1259
40 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	2068	2030
50 - Personnel non visé par la Loi 30	69	123
60 - Personnel d'encadrement	380	403
Total	9674	9047
<i>* Prendre note que les données pour 2016-2017 incluent l'Hôpital Sainte-Anne</i>		

Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs						
11045168 - CIUSSS de l'Ouest-de- l'Île-de-Montréal		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2016-04-03 au 2017-04-01		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	810 939	3 221	814 160	446	508
	2015-16	743 066	2 852	745 918	408	509
	2016-17	719 397	3 456	722 853	395	470
	Variation	(11.3 %)	7.3 %	(11.2 %)	(11.3 %)	(7.5 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	1 748 042	7 059	1 755 101	968	1 323
	2015-16	1 775 611	5 690	1 781 301	982	1 349
	2016-17	1 901 540	7 637	1 909 178	1 052	1 410
	Variation	8.8 %	8.2 %	8.8 %	8.7 %	6.6 %
3 - Personnel infirmier	2014-15	3 893 650	171 823	4 065 473	2 081	2 905
	2015-16	3 882 810	151 285	4 034 095	2 074	2 951
	2016-17	4 038 901	198 370	4 237 272	2 152	3 010
	Variation	3.7 %	15.5 %	4.2 %	3.4 %	3.6 %
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	6 065 573	120 866	6 186 438	3 306	4 568
	2015-16	5 965 559	90 835	6 056 394	3 252	4 621
	2016-17	6 356 854	155 671	6 512 525	3 469	4 744
	Variation	4.8 %	28.8 %	5.3 %	5.0 %	3.9 %
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	1 378 271	13 987	1 392 258	701	1 081
	2015-16	1 370 242	12 023	1 382 266	697	1 140
	2016-17	1 617 272	20 932	1 638 204	822	1 275
	Variation	17.3 %	49.6 %	17.7 %	17.3 %	17.9 %
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	25 317	26	25 343	14	72
	2015-16	15 852	46	15 898	9	50
	2016-17	11 314	98	11 412	6	35
	Variation	(55.3 %)	274.3 %	(55.0 %)	(55.2 %)	(51.4 %)
Total du personnel	2014-15	13 921 792	316 983	14 238 774	7 514	10 271
	2015-16	13 753 140	262 731	14 015 872	7 422	10 466
	2016-17	14 645 278	386 165	15 031 443	7 897	10 761
	Variation	5.2 %	21.8 %	5.6 %	5.1 %	4.8 %
Cible 2016-2017 en heures rémunérées				15 371 704		
Écart à la cible en heures				(340 261)		

SECTION 8 – LES RESSOURCES FINANCIÈRES

RAPPORT DE LA DIRECTION

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

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

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

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

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



Président-directeur général
Benoit Morin



Directrice des ressources financières
Lucie Ménard

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT



Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

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

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

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

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2017 et les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2017. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 14 juin 2017 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

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

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

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

Responsabilité de l'auditeur

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

Membre de Grant Thornton International Ltd

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2017 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2017.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 14 juin 2017. 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 2017 et 2016 n'ont pas été déterminées.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal au 31 mars 2017 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

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

Montréal

Le 23 juin 2017

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

RÉSULTATS FINANCIERS

ÉTAT DES RÉSULTATS

Nom de l'établissement		Code		Page / Idn.	
CIUSSS de L'Ouest-de-L'Île-de-Montréal		1104-5168		200-00 /	
Tous les fonds		exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE			
ÉTAT DES RÉSULTATS					
	Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc
	1	2	3	4	5
REVENUS					
Subventions MSSS (FI:P408)	1	719 277 551	715 159 679	31 799 488	726 644 948
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2	5 100 000	42 769 655	3 849 464	5 265 011
Contributions des usagers	3	48 601 453	52 438 766	XXXX	47 572 346
Ventes de services et recouvrements	4	13 636 066	11 199 808	XXXX	13 645 150
Donations (FI:P294)	5	4 788 513	537 503	3 921 224	4 196 514
Revenus de placement (FI:P302)	6	428 657	362 999	362 999	454 822
Revenus de type commercial	7	4 714 860	4 663 413	4 663 413	4 622 412
Gain sur disposition (FI:P302)	8			5	151
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	26 859 017	32 180 954	997 635	27 665 391
TOTAL (L.01 à L.11)	12	823 406 117	859 312 777	899 880 593	830 066 745
CHARGES					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	535 658 067	572 666 207	XXXX	535 187 593
Médicaments	14	19 730 440	18 952 467	XXXX	19 071 204
Produits sanguins	15	9 875 396	11 235 603	XXXX	9 493 358
Fournitures médicales et chirurgicales	16	26 773 938	26 699 156	XXXX	23 892 656
Denrées alimentaires	17	7 846 819	8 965 630	XXXX	7 463 818
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	74 703 301	73 569 126	XXXX	76 492 235
Frais financiers (FI:P325)	19	8 470 062	546 443	9 880 669	8 505 432
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	10 435 616	12 659 120	1 279 529	12 719 633
Créances douteuses	21	3 699 886	3 801 187	XXXX	3 909 105
Loyers	22	7 782 879	7 731 234	XXXX	7 472 508
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	25 517 000	XXXX	28 998 344	25 632 262
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24	52 000	XXXX		
Dépenses de transfert	25		1 114 298	XXXX	916 137
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	92 860 713	120 325 197	704 908	99 310 804
TOTAL (L.13 à L.27)	28	823 406 117	858 265 668	899 129 118	830 066 745
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)					
	29	0	1 047 109	(295 634)	0

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

ÉTAT DES RÉSULTATS

Nom de l'établissement Code Page / Idn.
 CIUSSS de L'Ouest-de-L'Île-de-Montréal 1104-5168 358-00 /
 Fonds d'exploitation exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent
	1	2	3	4	5
REVENUS					
Subventions MSSS (P362)	1	688 377 551	713 416 210	1 743 469	715 159 679
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2	5 100 000	27 396 849	15 372 806	42 769 655
Contributions des usagers (P301)	3	48 601 453	52 438 766	XXXX	52 438 766
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	13 636 066	11 199 808	XXXX	11 199 808
Donations (C2:P290/C3:P291)	5	638 513	52 280	485 223	537 503
Revenus de placement (P302)	6	428 657	264 801	98 198	362 999
Revenus de type commercial (C2:P661/C3:P351)	7	4 714 860		4 663 413	4 663 413
Gain sur disposition (P302)	8				
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	26 769 017	1 587 717	30 593 237	32 180 954
TOTAL (L.01 à L.11)	12	788 266 117	806 356 431	52 956 346	859 312 777

CHARGES

Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	535 658 067	547 757 415	24 908 792	572 666 207
Médicaments (P750)	14	19 730 440	18 952 467	XXXX	18 952 467
Produits sanguins	15	9 875 396	11 235 603	XXXX	11 235 603
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	26 773 938	26 699 156	XXXX	26 699 156
Denrées alimentaires	17	7 846 819	8 965 630	XXXX	8 965 630
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	74 703 301	73 569 126	XXXX	73 569 126
Frais financiers (P325)	19	686 062	546 443	XXXX	546 443
Entretien et réparations (P325)	20	8 687 616	12 341 285	317 835	12 659 120
Créances douteuses (C2:P301)	21	3 699 886	3 801 187		3 801 187
Loyers	22	7 782 879	7 630 772	100 462	7 731 234
Dépenses de transfert (P325)	23		1 114 298		1 114 298
Autres charges (P325)	24	92 821 713	96 295 093	24 030 104	120 325 197
TOTAL (L.13 à L.24)	25	788 266 117	808 908 475	49 357 193	858 265 668
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	0	(2 552 044)	3 599 153	1 047 109

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

Nom de l'établissement : CIUSSS de L'Ouest-de-L'Île-de-Montréal Code : 1104-5168 Page / Idn. : 202-00 /
Tous les fonds exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(66 364 059)	30 579 811	(35 784 248)	(35 055 607)	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2				(728 641)	
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(66 364 059)	30 579 811	(35 784 248)	(35 784 248)	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	1 047 109	(295 634)	751 475		
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	(65 316 950)	30 284 177	(35 032 773)	(35 784 248)	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX	110 354	110 354	
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	(35 143 127)	(35 894 602)	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	(35 032 773)	(35 784 248)	

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

Nom de l'établissement Code Page / Idn.
 CIUSSS de L'Ouest-de-L'Île-de-Montréal 1104-5168 204-00 /
 Tous les fonds exercice terminé le 31 mars 2017 - 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	39 548 740	8 908 677	48 457 417	24 012 134
Placements temporaires	2	3 000 000		3 000 000	9 000 000
Débiteurs - MSSS (FE: P362, FI: P408)	3	27 421 725	46 259 923	73 681 648	77 357 034
Autres débiteurs (FE: P360, FI: P400)	4	54 350 276	5 068 638	59 418 914	34 005 465
Avances de fonds aux établissements publics	5	XXXX			
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	406 939	(406 939)	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE: P362, FI: P408)	7	52 100 664	(4 155 384)	47 945 280	45 874 352
Placements de portefeuille	8	1 400		1 400	1 400
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	1 031 062	1 031 062	898 761
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	1 538 373		1 538 373	1 853 145
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	178 368 117	56 705 977	235 074 094	193 002 291
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14	57 813 041	13 004 559	70 817 600	64 290 392
Créditeurs - MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	94 522 249	4 511 652	99 033 901	90 579 284
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	17	XXXX	484 873	484 873	14 529 519
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18	14 157	2 336 386	2 352 543	2 532 189
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	32 400 837	54 098 693	86 579 530	60 034 708
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	341 156 443	341 156 443	338 807 265
Passif au titre des sites contaminés (FI: P401)	22	XXXX	44 221 758	44 221 758	43 921 758
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	68 633 938	XXXX	68 633 938	64 491 826
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	204 200		204 200	1 487 959
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	253 668 422	459 816 364	713 484 786	680 674 900
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(75 300 305)	(403 110 387)	(478 410 692)	(487 672 609)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P423)	28	XXXX	433 321 819	433 321 819	442 451 025
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	7 380 384	XXXX	7 380 384	7 150 594
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	2 602 971	72 745	2 675 716	2 286 742
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	9 983 355	433 394 564	443 377 919	451 888 361
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	(65 316 950)	30 284 177	(35 032 773)	(35 784 248)

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

AS-471 - Rapport financier annuel

Gabarit LPRG-2017.1.0

Révisée: 2015-2016

Timbre valideur: 2017-06-13 10:13:59

Rapport V 1.0

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS NETS (DETTE NETTE)

Nom de l'établissement Code Page / Idn.
 CIUSSS de L'Ouest-de-L'Île-de-Montréal 1104-5168 206-00 /
 Tous les fonds exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

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

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(256 014 108)	(75 733 744)	(411 938 865)	(487 672 609)	(477 224 328)
Modifications comptables avec retraitements des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitements des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(256 014 108)	(75 733 744)	(411 938 865)	(487 672 609)	(477 224 328)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5		1 047 109	(295 634)	751 475	
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (Fi:P421)	6	(59 993 273)	XXXX	(19 869 133)	(19 869 133)	(38 138 024)
Amortissement de l'exercice (Fi:P422)	7	25 517 000	XXXX	28 998 344	28 998 344	25 632 262
(Gain)/Perte sur dispositions (Fi:P208)	8		XXXX	(5)	(5)	(151)
Produits sur dispositions (Fi:P208)	9		XXXX			151
Réduction de valeurs (Fi:P420, 421-00)	10		XXXX			59 641
Ajustements des immobilisations	11		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	(34 476 273)	XXXX	9 129 206	9 129 206	(12 446 121)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15		(36 085 479)	XXXX	(36 085 479)	(34 409 457)
Acquisition de frais payés d'avance	16		(8 313 689)	(72 745)	(8 386 434)	(8 028 236)
Utilisation de stocks de fournitures	17		35 855 689	XXXX	35 855 689	36 201 893
Utilisation de frais payés d'avance	18	67 651	7 929 809	67 651	7 997 460	8 233 640
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19	67 651	(613 670)	(5 094)	(618 764)	1 997 840
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	(34 408 622)	433 439	8 828 478	9 261 917	(10 448 281)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(290 422 730)	(75 300 305)	(403 110 387)	(478 410 692)	(487 672 609)

ÉTAT DES FLUX DE LA TRÉSORERIE

Nom de l'établissement Code Page / Idn.
 CIUSSS de L'Ouest-de-L'Île-de-Montréal 1104-5168 208-00 /
 Tous les fonds exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

	Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit) de l'exercice	1	751 475	

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	(618 764)	1 997 840
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4	(5)	(151)
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	6	(3 849 464)	(227 317)
- Autres	7	(4 216 121)	(3 922 234)
Amortissement des immobilisations	8	28 998 344	25 632 262
Réduction pour moins-value des immobilisations	9		59 641
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	191 860	205 345
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Subventions MSSS	12	(2 070 928)	(1 207 487)
Autres (préciser P297)	13		(871 051)
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	18 434 922	21 666 848
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	24 781 152	2 682 493
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	43 967 549	24 349 341

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS

Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	17	(19 869 133)	(38 138 024)
Produits de disposition d'immobilisations	18		151
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(19 869 133)	(38 137 873)

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT

Variation des placements temporaires dont l'échéance est supérieure à 3 mois	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	Notes
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT				
Dettes à long terme - Emprunts effectués	1	21 902 366	37 990 933	
Dettes à long terme - Emprunts remboursés	2	(19 553 188)	(19 334 748)	
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	3			
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	4	1 074 368	(13 900 649)	
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	5	14 786 969	26 282 560	
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	6	(23 863 648)	(39 317 303)	
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	7			
Autres (préciser P297)	8			
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.08)	9	(5 653 133)	(8 279 207)	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.09)	10	18 445 283	(22 067 739)	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	11	33 012 134	55 079 873	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.10 + L.11)	12	51 457 417	33 012 134	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNANT:				
Encaisse	13	48 457 417	24 012 134	
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	14	3 000 000	9 000 000	
TOTAL (L.13 + L.14)	15	51 457 417	33 012 134	

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:				
Débiteurs - MSSS	1	3 675 386	1 741 114	
Autres débiteurs	2	(25 413 449)	(5 759 979)	
Avances de fonds aux établissements publics	3			
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	4		67 188	
Frais reportés liés aux dettes	5	(324 161)	(287 032)	
Autres éléments d'actifs	6	314 772	190 744	
Créditeurs - MSSS	7			
Autres créditeurs et autres charges à payer	8	8 454 617	4 998 983	
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	9	484 873	(9 091 437)	
Intérêts courus à payer	10	(179 646)	(490 590)	
Revenus reportés	11	34 610 407	9 371 040	
Passif au titre des sites contaminés	12	300 000		
Passif au titre des avantages sociaux futurs	13	4 142 112	1 319 735	
Autres éléments de passifs	14	(1 283 759)	622 727	
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.14)	15	24 781 152	2 682 493	
AUTRES RENSEIGNEMENTS:				
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	16	4 511 662	4 513 725	
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	17			
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie (préciser P297)	18			
Intérêts:				
Intérêts créditeurs (revenus)	19	383 312	2 571 887	
Intérêts encaissés (revenus)	20	380 607	2 703 415	
Intérêts débiteurs (dépenses)	21	10 235 251	11 042 136	
Intérêts déboursés (dépenses)	22	10 414 897	11 682 151	

REVENUS REPORTÉS AUX SOMMES REÇUES

Nom de l'établissement : CIUSSS de L'Ouest-de-L'Île-de-Montréal Code : 1104-5168 Page / Idn. : 292-00 /

Précision no 3 aux É/F - partie 2-Tous les fonds exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

REVENUS REPORTÉS RELATIFS AUX SOMMES REÇUES PAR DON, LEGS ET AUTRES FORMES DE CONTRIBUTIONS (art.269 LSSSS)

	Revenus reportés au début	Ajustements à la colonne 1	Sommes allouées dans l'exercice	Revenus inscrits dans l'exercice	Revenus reportés à la fin (C1+ C2+ C3- C4)	Variation des revenus reportés (C1- C2- C5)	Notes
	1	2	3	4	5	6	
CONTRIBUTIONS DE TIERS:							
Contributions de tiers SANS fins particulières	1	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
Contributions de tiers AVEC fins particulières, lister:							
PROJET SARDM (Immos)	2	66 318			66 318	0	
Contributions Fondations Lakoshore (Immos)	3	9 725 316		2 832 777	1 189 749	11 368 344	(1 643 028)
Aides techniques avant 2015-2016 (Immos)	4	150 573			14 510	136 063	14 510
Donation petits équipements (Immos)	5	3 253 726		159 816	460 288	2 953 254	300 472
Dotation bâtisse	6						
Revenus reportés SIC	7						
Children Aid	8	15 416	40 000	36 000	11 490	79 926	(24 510)
Ministère d'emploi solidarité	9	14 307	(962)	1 167	93	14 419	(1 074)
Ministère de la justice	10	26 997	(66 157)	79 514	40 697	(343)	(38 817)
Comité des usagers	11	35 381	(35 381)			0	0
Besoins spéciaux des usagers	12	23 877	(23 877)			0	0
Fonds destination spéciale Grace Dart	13	1 889 076				1 889 076	0
St-Marydest spéciale	14	1 173 960		232 140	427 890	978 210	195 750
Fonds destination spe. IUSMD	15	666 276			57 333	608 943	57 333
	16						
Serres Provost (Immos)	17	34 242			2 475	31 767	2 475
Geratrice du bâtiment (Immos)	18	7 080			471	6 609	471
Hôtel (Immos)	19	15 350			748	14 602	748
Fondation Grace Dart (Immos)	20	763 530		3 673	17 365	749 838	13 692
Fondation Institut Douglas (Immos)	21		2 493 628	2 684 992	312 211	4 866 409	(2 372 781)
Fonds destination spéciale ODI-DLL-CROM	22			268 715		268 715	(268 715)
Levee fonds bénévoles Grace Dart	23			18 554		18 554	(18 554)
	24						
Autres (préciser P297)	25						
TOTAL (L.01 à L.25)	26	17 861 425	2 407 251	6 317 348	2 535 320	24 050 704	(3 782 028)
DOTATIONS							
Capital	27	8 693 631			1 923 407	6 770 224	1 923 407
Revenus réservés accumulés:	28	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
	29						
...	30						
...	31						
...	32						
...	33						
Autres (préciser P297)	34						
TOTAL (L.27 à L.34)	35	8 693 631			1 923 407	6 770 224	1 923 407
GRAND TOTAL (L.26 + L.35)	36	26 555 056	2 407 251	6 317 348	4 458 727	30 820 928	(1 858 621)
REVENUS REPORTÉS (L.36) AU:							
Fds Exploitation - ACT.PRINC.(P290)	37	2 671 330	(2 641 729)	116 681	52 280	94 002	(64 401)
Fds Exploitation - ACT.ACCES.(P291)	38	1 173 960	2 555 352	519 409	485 223	3 763 498	(34 186)
Fonds Immobilisations (P294)	39	22 709 766	2 493 628	5 681 258	3 921 224	26 963 426	(1 760 034)
TOTAL REV. REPORTÉS (L.37 à L.39)	40	26 555 056	2 407 251	6 317 348	4 458 727	30 820 928	(1 858 621)

CHARGES ENCOURUES PAR PROGRAMMES-SERVICES

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

Charges brutes par programmes-services

	Activités principales - Fonds d'exploitation				Non-Audité
	C/A exclusifs au programme-service	C/A non exclusifs au programme-service	Charges non réparties	Transfert de frais généraux	Total exercice courant 2016-2017
SANTÉ PUBLIQUE	6,298,133 \$	208,807 \$	42,692 \$	(14,770) \$	6,534,862 \$
SERVICES GÉNÉRAUX - ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE	9,468,021 \$	1,778,356 \$	1,188,085 \$	(25,530) \$	12,408,932 \$
SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES	94,841,591 \$	42,283,395 \$	899,668 \$	(311,278) \$	137,713,376 \$
DÉFICIENCE PHYSIQUE	446,856 \$	170,948 \$	4,054 \$	(1,402) \$	620,456 \$
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TSA	47,641,313 \$	6,910,087 \$	357,908 \$	(123,833) \$	54,785,475 \$
JEUNES EN DIFFICULTÉ	64,385,433 \$	2,204,318 \$	436,891 \$	(151,161) \$	66,875,481 \$
SANTÉ MENTALE	76,026,625 \$	29,984,828 \$	695,535 \$	(240,649) \$	106,466,339 \$
SANTÉ PHYSIQUE	139,327,307 \$	85,329,354 \$	1,473,958 \$	(509,977) \$	225,620,642 \$
ADMINISTRATION	58,320,340 \$	- \$	4,730,265 \$	(132,389) \$	62,918,216 \$
SOUTIEN AUX SERVICES	68,483,670 \$	- \$	671,470 \$	(155,460) \$	68,999,680 \$
GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS	65,683,177 \$	- \$	430,942 \$	(149,103) \$	65,965,016 \$
GRAND TOTAL PAR PROGRAMMES-SERVICES	315,461,233 \$	168,699,145 \$	10,931,468 \$	-1,815,552 \$	808,908,475 \$

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CIUSSS de L'Ouest-de-L'Île-de-Montréal	1104-5168	270-00 /
exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE		

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

Note 1. - Constitution et mission

Le Centre universitaire intégré de santé et services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (ci-après l'établissement) un établissement public, a été constitué en corporation sans but lucratif par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ chapitre S-4.2) le 1^{er} avril 2015. Il a pour mandat de promouvoir la santé, le bien-être et la contribution active de la population du territoire de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal en orchestrant les soins de santé et les services sociaux, en misant sur l'accessibilité, la qualité et la sécurité tout en favorisant les partenariats afin de faciliter le cheminement intégré des personnes.

Le siège social de l'établissement est situé au 160, avenue Stillview, Pointe-Claire (Québec) H9R 2Y2. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région de l'Ouest-de-Montréal ainsi qu'à l'extérieur de son territoire.

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

Note 2. - Principales méthodes comptables

Référentiel comptable

Le présent rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, en tenant compte des particularités du Manuel de gestion financière rédigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et prescrites par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ chapitre S-4.2). Conséquemment, les immeubles loués auprès de la Société québécoise d'infrastructure (SQI) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 Immobilisations corporelles louées du Manuel de comptabilité de CPA Canada, Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

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

État des gains et pertes de réévaluation

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

AS-471 - Rapport financier annuel	Gabarit LPRG-2017.1.0	Révisée: 2009-2010
Timbre valideur: 2017-06-13 10:13:59		Rapport V 1.0

et des services sociaux ne détiennent pas d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par l'article 265 de cette même Loi.

Néanmoins, l'établissement ne détient aucun élément devant être comptabilisé à la juste valeur ou libellé en devises étrangères. La présentation de cet état financier n'est donc pas requise.

Comptabilité d'exercice

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

Périmètre comptable et méthode de consolidation

Le périmètre comptable de l'établissement comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant les soldes et les opérations relatifs aux biens détenus en fiducie. Le contrôle est la capacité d'orienter les politiques financières et administratives d'une entité de manière à ce que ses activités lui procurent les avantages attendus ou l'exposent à un risque de perte.

Les états financiers comprennent donc tous les comptes du Centre de recherche de l'Hôpital Douglas sont consolidées ligne par ligne, lesquelles sont comptabilisées selon la méthode modifiée de la comptabilisation à la valeur de consolidation. Des informations sommaires à leur égard sont présentées à la note 13.

Biens en fiducie

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

Revenus de transfert

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

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

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

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

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

Revenus provenant des usagers

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

Ventes de services et recouvrements

Les ventes de services représentent des ventes effectuées à partir d'un centre d'activités, autres que la prestation de services aux usagers.

Les revenus de recouvrements sont constitués des récupérations, en tout ou en partie, d'une charge incluse dans le coût direct brut assumé par un centre d'activités.

Ces revenus sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel a lieu la vente de services ou le recouvrement de coûts.

Donations

Les sommes reçues de tiers par dons, legs ou contributions autres que des subventions gouvernementales sans condition rattachée ou sous condition expresse de doter l'établissement d'un capital à préserver pour une période indéterminée sont comptabilisées aux revenus de l'exercice.

Les sommes reçues de tiers par dons, legs ou contributions autres que des subventions gouvernementales à des fins de dotation de durée déterminée ou à des fins spécifiques sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis constatés aux revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

L'excédent de la somme reçue sur les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité prescrits à l'entente est 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 à d'autres fins, le cas échéant. Si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, un revenu reporté est comptabilisé si celle-ci prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Salaires, avantages sociaux et charges sociales

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux charges de l'exercice.

Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées, payées ou à payer, sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, notamment la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (RLRQ, chapitre S-37.01) et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Il est donc constaté à titre de charge dans l'exercice de son émission.

Instruments financiers

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

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

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

Trésorerie et équivalent de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse, le découvert bancaire le cas échéant, et les placements temporaires de moins de trois mois

Débiteurs

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

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

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

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

Créditeurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus est comptabilisé aux créditeurs et autres charges à payer.

Dettes à long terme

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

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

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

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

Passifs au titre des sites contaminés

Les obligations découlant du passif au titre des sites contaminés sont comptabilisées lorsque toutes les conditions suivantes sont rencontrées :

- La contamination dépasse une norme environnementale en vigueur à la date des états financiers ou il est probable qu'elle la dépasse;
- L'établissement est responsable des coûts de réhabilitation ou il est probable qu'il le soit ou qu'il en accepte la responsabilité;
- Il est prévu que des avantages économiques futurs seront abandonnés;
- Les coûts de réhabilitation sont raisonnablement estimables.

Le passif au titre des sites contaminés comprend les coûts directement liés à la réhabilitation des sites contaminés, estimés à partir de la meilleure information disponible. Ces coûts sont révisés annuellement et la variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice.

Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du gouvernement du Québec (SCT) pour le financement du coût des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que les variations annuelles survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2016-2017. La décision quant au financement de ces variations est prise annuellement.

Pour les terrains contaminés non répertoriés au 31 mars 2011, l'établissement comptabilise un passif au titre des sites contaminés, ainsi qu'une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux, après avoir préalablement obtenu l'autorisation de celui-ci.

Le passif au titre des sites contaminés est présenté au fonds d'immobilisations.

Passif au titre des avantages sociaux futurs

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

Provision pour assurance salaire

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

d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier des trois dernières années. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, les obligations sont alors estimées à l'aide de la méthode basée sur des données plus globales, pour laquelle la dépense totale en assurance salaire des années futures est projetée à partir des dépenses des trois années financières les plus récentes. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2017 et des taux horaires prévus en 2017-2018. Elles ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

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

Provision pour congés de maladie

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux. Ainsi, le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congé de maladie. Les journées de maladie non utilisées sont payables une fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars selon les taux horaires prévus en 2017-2018. Ces obligations ne sont pas actualisées car elles sont payables au cours de l'exercice suivant. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Les principales hypothèses utilisées sont les suivantes:

	Exercice courant	Exercice précédent
Taux moyen de croissance de la rémunération	1,5 %	1,0 %
Indexation	1,75 %	1,5 %
Accumulation des congés de vacances et de maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors -cadres	8,65 %	8,65 %

Régime de retraite

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

Droit parentaux

Les obligations découlant des droits parentaux sont évaluées sur la base du nombre d'employés en congé parental au 31 mars 2017 et la rémunération versée pour l'exercice 2017-2018, laquelle est répliquée pour le reste de la durée du congé ou au maximum jusqu'au 31 mars 2018. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Immobilisations

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

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

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

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

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

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

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériel et équipement	3 à 15 ans
Équipement spécialisé	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 à 10 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.

Les immobilisations pour lesquelles une réduction permanente de leur potentiel de services ou de leurs

avantages économiques futurs est constatée font l'objet d'une moins-value. Aucune reprise sur réduction de valeur n'est constatée par la suite. De même, la valeur d'une immobilisation qui n'est plus utilisée ou qui est mise hors service est radiée ou ramenée à sa valeur résiduelle, le cas échéant.

Les biens incorporels, tels que les brevets, les droits d'auteur, les oeuvres d'art autres que celles qui sont incorporées à un bâtiment ou à un aménagement en vertu de la Politique d'intégration des arts à l'architecture et à l'environnement des bâtiments et des sites gouvernementaux et publics, lesquels sont capitalisés au coût du bâtiment, ne sont pas constatés dans les présents états financiers puisque leurs avantages économiques futurs ne peuvent être quantifiés de façon raisonnable et vérifiable selon les méthodes existantes. Leurs coûts sont plutôt imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont encourus.

Les immobilisations et leurs opérations connexes sont présentées au fonds d'immobilisations.

Frais payés d'avance

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

Stocks de fourniture

Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers composés de fournitures qui seront consommés dans le cours normal des opérations au cours du ou des prochains exercices. Ils comprennent notamment les médicaments, les produits sanguins, les fournitures médicales et chirurgicales et les denrées alimentaires. Ils sont 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.

Comptabilité par fonds

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

Revenus d'intérêts

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

Prêts interfonds

Les prêts entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucun frais de gestion ne peut être chargé par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

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

Avoir propre

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

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

Classification des activités

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

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

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

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

Centres d'activités

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

Unités de mesure

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

Note 3. - Transfert des activités de l'Hôpital de

Sainte-Anne-de-Bellevue

Au 1er avril 2016, il y a eu entente de cession de l'Hôpital de Sainte-Anne-de-Bellevue (situé au 305, boulevard des Anciens-Combattants, Sainte-Anne-de-Bellevue, province de Québec, H9X 1Y9) entre le Gouvernement du Canada, le Gouvernement du Québec et l'établissement.

L'acte de cession comprend le transfert de toutes les immobilisations corporelles de l'Hôpital de Sainte-Anne-de-Bellevue en échange d'une contrepartie symbolique de 1 \$. En contrepartie d'une subvention par la Gouvernement du Canada, via une entente de facturation, l'établissement poursuit la prestation de service de l'Hôpital de Sainte-Anne-de-Bellevue. En vertu de cet acte de cession, l'établissement n'assume aucun des passifs de l'Hôpital de Sainte-Anne-de-Bellevue.

Les immobilisations corporelles reçues par l'établissement au 1^{er} avril 2016 ont été comptabilisées à la valeur comptable, soit les valeurs aux livres du Gouvernement du Canada à la date de transfert, pour un montant total de 7 042 208 \$. Les immobilisations corporelles amortissables reçues ont été comptabilisées en contrepartie d'apports reportés au fonds d'immobilisations pour un montant total de 6 776 308 \$. La valeur comptable des terrains reçus par l'établissement de 265 900 \$ a été comptabilisée en contrepartie des revenus destinés à l'acquisition d'un terrain à la page 407. Le détail des effets de ce transfert s'établit comme suit :

Poste	Débit	Crédit
	\$	\$
Terrains	265 900	
Améliorations majeures bâtiments - Mécanique	63 536	
Améliorations majeures bâtiments - Structure	9 455	
Bâtiments excluant structure bois	1 949 963	
Matériel et équipement - Équipement informatique	255 803	
Matériel et équipement - Équipement multimédia	5 710	
Matériel et équipement - Mobilier bureau	52 522	
Matériel et équipement - Autres équipements	766 491	
Équipements spécialisés - Ameublement chambre	1 757 835	
Équipements spécialisés - Autre équip. Médical	1 905 477	
Matériel roulant	9 516	
Apports reportés afférents aux immobilisations		6 776 308
Revenus destinés à l'acquisition d'un terrain		265 900
Total	7 042 208	7 042 208

Note 4. - Maintien de l'équilibre budgétaire

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

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice terminé le 31 mars 2017, l'établissement a respecté cette obligation légale.

Note 5. - Données budgétaires

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

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 15 juin 2016, à l'aide du formulaire Budget détaillé RR-446.

Il n'y a pas eu d'éléments significatifs qui ont eu pour effet de modifier de façon importante le budget initialement adopté.

Note 6. - Instruments financiers

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

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

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

Note 7. - Placements de portefeuille

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

L'établissement ne détient aucun placement de portefeuille de parties apparentées.

Note 8. - Emprunts temporaires

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

Le montant total de **13 004 559 \$** des emprunts temporaires du fonds d'immobilisations au 31 mars 2017 est constitué de billets au pair, dont les conditions telles que le maximum autorisé, le taux d'intérêt, l'échéance, le mode de remboursement et le renouvellement sont inconnues par l'établissement puisqu'elles sont décrétées

directement par le Fonds de financement et la Société québécoise des infrastructures et prises en charge par ceux-ci. Ce montant total est constitué de :

- 1) **12 565 082\$** des emprunts temporaires (enveloppes décentralisées-Fonds de financement) *
- 2) **19 490\$** (la portion d'intérêts sur la marge régulière –avance de fonds d'immobilisation et d'équipement).*
- 3) **419 987 \$** la marge globale `` projet d'immobilisations`` de la Société québécoise des infrastructures est constitué d'acceptations bancaires dont le maximum autorisé évolue en fonction des autorisations ministérielles et le taux d'intérêt applicable est le taux des acceptations bancaires canadiennes +0,05 % tel qu'autorisé par le MSSS. Ces acceptations bancaires sont renouvelables mensuellement et aux 6 mois. Celles-ci sont converties en billets au pair. *

Le montant de **57 813 040 \$** des emprunts temporaires du fonds d'exploitation est constitué de marges de crédit dont le maximum autorisé et le taux d'intérêt applicable est le taux préférentiel moins 1 % tel qu'autorisé par le MSSS :

- 1) **7 950 000\$**, taux d'intérêt est le taux d'acceptations bancaires à un mois majoré de 0.05% pour les besoins en financement du
Centre de santé et des services sociaux de l'Ouest de l'Île, date d'échéance le 31 mars 2017 *
- 2) **37 080 000\$**, taux d'intérêt de 1.198 pour les besoins de l'Hôpital St-Mary's, date d'échéance le 28 avril 2017
- 3) **12 783 040\$**, taux d'intérêt de 2.7% pour les besoins du Centre de santé et des services sociaux de l'Ouest de l'Île

Ces marges de crédit répondent au besoin de liquidités du fonds d'exploitation qui est constant et fluctue dans le temps.

* Ces emprunts temporaires portent intérêt à taux variable. Les intérêts de ces emprunts sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont donc pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Note 9. - Dettes à long terme

Détail de la dette à long terme

Fonds d'immobilisations au 31 mars 2017

Émis	Dû	Série	Valeur nominale	Taux	Montant du versement périodique	Fréquence du versement	Exercice courant	Exercice précédent
Billets à terme contractés auprès du Fonds de financement garantis par le gouvernement du Québec								
2014	2024	Billet à terme	42 157 407	2,303%	1 859 600	annuel	36 578 608	38 438 208
2014	2024	Billet à terme	2 302 047	3,325%	92 082	annuel	2 117 884	2 209 965
2014	2024	Billet à terme	2 105 881	2,904%	110 836	annuel	1 884 209	1 995 045
2014	2018	Billet à terme	11 860 755	2,335%	503 702	annuel	10 349 649	10 853 351
2014	2018	Billet à terme	577 760	2,082%	72 220	annuel	361 100	433 320

AS-471 - Rapport financier annuel

Gabarit LPRG-2017.1.0

Révisée: 2009-2010

Timbre valideur: 2017-06-13 10:13:59

Rapport V 1.0

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

2014	2024 Billet à terme	10 741 856	2,944%	429 674	annuel	9 882 508	10 312 182
2014	2018 Billet à terme	9 241 968	3,266%	443 671	annuel	7 910 954	8 354 625
2014	2024 Billet à terme	5 114 274	2,079%	317 550	annuel	4 161 625	4 479 175
2014	2023 Billet à terme	7 906 050	3,058%	316 242	annuel	7 273 566	7 589 808
2014	2023 Billet à terme	1 541 354	2,666%	192 669	annuel	1 156 015	1 348 685
2015	2021 Billet à terme	6 222 958	2,996%	248 918	annuel	5 725 121	5 974 039
2014	2021 Billet à terme	535 308	2,670%	76 473	annuel	382 363	458 836
2015	2019 Billet à terme	8 701 279	1,211%	348 051	annuel	8 005 177	8 353 228
2015	2020 Billet à terme	1 169 256	2,137%	129 917	annuel	909 422	1 039 339
2015	2024 Billet à terme	1 012 923	1,510%	40 517	annuel	931 889	972 406
2015	2024 Billet à terme	4 819 208	3,325%	207 870	annuel	4 403 467	4 611 338
2015	2024 Billet à terme	1 264 938	2,944%	50 598	annuel	1 163 743	1 214 341
2016	2026 Billet à terme	7 752 257	1,238%	310 090	annuel	7 132 076	7 442 167
2016	2026 Billet à terme	7 810 822	2,478%	312 433	annuel	7 498 389	7 810 822
2016	2026 Billet à terme	7 873 581	2,478%	314 943	annuel	7 558 638	7 873 581
2016	2025 Billet à terme	3 916 677	2,292%	205 000	annuel	3 711 677	3 916 677
2016	2026 Billet à terme	12 006 136	2,478%	622 452	annuel	11 383 685	12 006 136
2016	2026 Billet à terme	9 827 375	2,478%	512 814	annuel	9 314 561	9 827 375
2016	2026 Billet à terme	8 061 991	2,478%	322 480	annuel	7 739 512	8 061 991
2015	2018 Billet à terme	1 011 999	*0,05%	506 000	annuel	421 666	927 666
2016	2026 Billet à terme	2 459 993	2,164%	175 714	annuel	2 459 993	0,00
2016	2026 Billet à terme	21 981 215	2,408%	997 129	annuel	21 981 215	0,00
2017	2020 Billet à terme	1 729 140	1,331%	576 380	annuel	1 729 140	0,00
2016	2026 Billet à terme	4 787 784	2,408%	285 828	annuel	4 787 784	0,00
	Billet à terme	1 433 890			annuel	1 433 890	0,00
2016	2026 Billet à terme	1 677 955	2,408%	67 118	annuel	1 677 955	0,00
2017	2041 Billet à terme	1 043 709	3,249%	41 748	annuel	1 043 709	0,00
2016	2023 Billet à terme	473 625	1,920%	67 661	annuel	473 625	0,00
2016	2026 Billet à terme	5 994 166	2,164%	315 482	annuel	5 994 166	0,00
2016	2026 Billet à terme	1 230 246	2,408%	49 210	annuel	1 230 246	0,00
2016	2026 Billet à terme	7 727 930	2,408%	363 744	annuel	7 727 930	0,00
						208 497 156	
Sous-total:		226 075 714 \$		11 486 816 \$		\$ 166 504 305 \$	

* Taux d'acceptation bancaire à un mois majoré de 0.05%.

Émis	Dû	Série	Valeur nominale	Taux	Montant du versement périodique	Fréquence du versement	Exercice courant	Exercice précédent
Billets à terme contractés auprès du Financement Québec garantis par le gouvernement du Québec								
1993	2018	Billet à terme	3 197 800	9,375%	127 912	annuel	127 912	255 824
2010	2016	Billet à terme	10 303 969	3,835%	787 690	annuel	0	6 365 521
2010	2016	Billet à terme	6 303 949	2,875%	252 158	annuel	0	5 043 159
2010	2016	Billet à terme	6 303 949	2,880%	175 714	annuel	0	2 635 707
2011	2017	Billet à terme	15 955 439	2,968%	638 218	annuel	12 764 351	13 402 569
2011	2017	Billet à terme	6 316 190	2,472%	282 475	annuel	4 903 815	5 186 290
2012	2017	Billet à terme	13 304 853	2,085%	741 819	annuel	10 337 578	11 079 396
2012	2018	Billet à terme	4 861 535	2,122%	194 461	annuel	4 083 689	4 278 150

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

2012	2018 Billet à terme	13 669 792	2,664%	617 394	annuel	11 200 218	11 817 612
2012	2019 Billet à terme	16 571 154	2,463%	687 418	annuel	13 821 483	14 508 901
2012	2019 Billet à terme	3 760 417	2,437%	191 023	annuel	2 996 323	3 187 346
2012	2019 Billet à terme	16 885 496	2,437%	913 237	annuel	13 232 547	14 145 784
2012	2019 Billet à terme	448 952	2,437%	64 136	annuel	192 408	256 544
2012	2016 Billet à terme	1 088 000	1,778%	272 000	annuel	0	272 000
2013	2018 Billet à terme	2 477 117	2,114%	99 085	annuel	2 080 778	2 179 863
			2,105% à				
2015	2034 Billet à terme	97 370 584	5,090%	3 582 967	annuel	50 586 237	60 163 370
2008	2015 Billet à terme	9 074 720	4,138 %	6 706 619	annuel	0	0
2010	2016 Billet à terme	6 099 382	2,942%	268 522	annuel	0	4 756 770
2010	2017 Billet à terme	1 373 745	1,778%	274 749	annuel	274 749	549 498
2010	2016 Billet à terme	5 082 001	1,778%	256 549	annuel	0	4 312 355
2011	2017 Billet à terme	1 116 537	2,472%	46 522	annuel	930 448	976 970
2013	2018 Billet à terme	4 953 835	2,114%	229 739	annuel	4 034 877	4 264 616
	2017 Billet à terme	1 472 767	3,594%	63 482	annuel	1 091 874	1 155 356
	2017 Billet à terme	1 584 826	6,400%	75 468	annuel	0	1 509 358
	2017 Billet à terme	173 344	2,860%	173 344	annuel	0	0
	2017 Billet à terme	1 833 218	2,860%	1 833 218	annuel	0	0
						132 659 287	
	Sous-total:	251 583 571 \$		19 555 919 \$			\$ 172 302 959 \$
						341 156 443	
	Total:	477 659 285 \$		31 042 735 \$			\$ 338 807 265 \$

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2017, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

Les versements de capital et le financement de la dette à long terme pour les cinq (5) prochaines années s'élèvent à:

Début	Fin	Versements en capital	Refinancement	Total des versements
2017	2018	19 917 105 \$	28 255 550 \$	48 172 655 \$
2018	2019	17 900 442 \$	70 070 041 \$	87 970 483 \$
2019	2020	13 674 082 \$	37 296 515 \$	50 970 597 \$
2020	2021	9 905 616 \$	769 821 \$	10 675 437 \$
2021	2022	9 865 100 \$	0 \$	9 865 100 \$
2022-2023 et subséquentes		59 762 306 \$	73 739 865 \$	133 502 171 \$
	Total:	131 024 651 \$	210 131 792 \$	341 156 443 \$

Note 10. - Passif au titre des sites contaminés

L'établissement est responsable de décontaminer des terrains faisant ou ne faisant pas l'objet d'un usage productif et nécessitant des travaux de réhabilitation à la suite de l'utilisation d'huile à chauffage, d'essence et de diesel. Les travaux de réhabilitation concernent l'établissement de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et le CIUSSS de Dorval-Lachine-Lasalle.

Au 1er avril 2016, il y a eu entente de cession de l'Hôpital de Sainte-Anne-de-Bellevue (situé au 305, boulevard des Anciens-Combattants, Sainte-Anne-de-Bellevue, province de Québec, H9X 1Y9) entre le Gouvernement du Canada, le Gouvernement du Québec et l'établissement. L'acte de cession comprend le transfert de toutes les immobilisations corporelles de l'Hôpital de Sainte-Anne-de-Bellevue en échange d'une contrepartie symbolique de 1 \$. En contrepartie d'une subvention par la Gouvernement du Canada, via une entente de facturation, l'établissement poursuit la prestation de service de l'Hôpital de Sainte-Anne-de-Bellevue. En vertu de de cet acte de cession, l'établissement n'assume aucun des passifs de l'Hôpital de Sainte-Anne-de-Bellevue.

Il s'agit d'un site d'environ 51 acres sur lequel dix-huit (18) bâtiments y sont construits. Une évaluation environnementale de site Phase I a été réalisée par la firme Conestoga-Rovers & Associés (Québec) Inc. (CRA) en conformité à la norme ACNOR Z768-01 au 305, boulevard des Anciens-Combattants à Sainte-Anne-de-Bellevue et qui a été présentée à l'Hôpital Sainte-Anne-de-Bellevue en août 2010. Au terme de cette étude, il appert que le site de l'Hôpital ne présente généralement pas de préoccupations environnementales d'envergure qui affecterait la totalité du site, sa grande étendue agissant sûrement en ce sens. À la lumière des informations recueillies, il apparaît assez clairement que les problèmes environnementaux du site proviennent principalement de ses anciens bâtiments (toujours présents ou non) et des activités associées. Plus de dix (10) secteurs ont été identifiés.

Outre ce qui précède, un montant total de **44 221 758 \$** a été comptabilisé au passif au titre des sites contaminés. Ce passif est basé sur des études de caractérisation préliminaire et des études de caractérisation. L'établissement a également constaté du même montant une subvention à recevoir du MSSS pour le financement du coût des travaux. Le montant total se détaille comme suit :

- 1) Passif au titre des sites contaminés pour des terrains contaminés répertoriés au 31 mars 2011, sauf ceux déjà pris en charge par l'établissement, dont les travaux de réhabilitation seront financés par la provision gérée par le Secrétariat du Conseil du Trésor, y compris les variations annuelles de 2011-2012 à 2016-2017
(**375 000\$** pour le CSSS de Dorval-Lachine-Lasalle : au Centre d'hébergement Nazaire-Piché et **43 546 758\$** pour l'Institut universitaire en santé mentale Douglas-au site principal de l'Institut)
- 2) Passif au titre des sites contaminés pour des terrains contaminés répertoriés après le 31 mars 2011 ou pris en charge par l'établissement dont les travaux de réhabilitation seront financés par les enveloppes décentralisées, mandats régionalisés (**300 000\$** pour le CSSS de Dorval-Lachine- Lasalle –le terrain de l'Hôpital Lasalle).

Note 11. - Affectations

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

Note 12. - Gestion des risques associés aux instruments financiers

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

Risque de crédit

Le risque de crédit associé à l'encaisse et aux placements temporaires est réduit au minimum. En effet, l'établissement s'assure que les excédents de trésorerie sont investis dans des placements liquides de façon sécuritaire et diversifiée auprès d'institutions financières jouissant d'une cote de solvabilité élevée attribuée par des agences de notation nationales, afin d'en retirer un revenu d'intérêt raisonnable selon les taux d'intérêt en vigueur.

Au 31 mars 2017, ces actifs financiers étaient investis dans des certificats de dépôts garantis. La direction juge ainsi que le risque de perte est négligeable.

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

Le risque de crédit associé aux autres débiteurs est faible, car il comprend des sommes à recevoir d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de diverses compagnies d'assurances, de la RAMQ, de la CNESST et du gouvernement du Canada.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de recouvrement. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, sur l'historique de paiement, sur la situation financière du débiteur et sur l'antériorité de la créance. Au 31 mars 2017, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 66 % du montant total recouvrable (83 % au 31 mars 2016).

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 – MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer et les dettes à long terme.

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

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 et ses dettes à long terme. L'état de la situation financière présente le solde de ces postes.

Du montant des emprunts temporaires totalisant **13 004 559 \$**, un montant de **419 987 \$** porte intérêt au taux des acceptations bancaires plus 0,05 %, alors que d'autres représentant **12 584 572 \$** portent intérêt à un taux variable (page 403-00, ligne 6 et page 204-00, ligne 14). 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 – enveloppes décentralisées de **484 873 \$**, page 204, ligne 17 (avances Aides Techniques AVD-AVQ : emprunts à taux fixe selon la confirmation reçue de l'établissement émetteur, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal).

Le montant de la dette à long terme de **341 156 443 \$** (page 204, ligne 21) est composé de :

- 1) **340 734 776 \$** qui représente des emprunts portant intérêt à taux fixes qui sont pris en charge par le MSSS (billets au pair). Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.
- 2) **421 666 \$** (projets autofinancés non subventionnés) qui 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 et des placements temporaires en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

Note 13. - Périmètre comptable et méthode de consolidation

Le Centre de recherche de l'Hôpital Douglas (ci-après la « composante ») a été constituée le 21 juin 1979, en vertu de la Partie III de la loi sur les compagnies du Québec et se livre à toutes formes de recherche ainsi qu'à l'étude dans le domaine de la santé mentale et favorise la transmission à la population des résultats obtenus.

Les états financiers de la composante, qui a la même date de fin d'exercice financier que l'établissement, sont consolidés à ceux de l'établissement puisque ce dernier contrôle la composante en conformité avec la norme SPI300 du Manuel de CPA Canada pour le secteur public par :

- La nomination des membres du Conseil d'administration de la composante;
- Le fait que le directeur général adjoint de l'établissement siège sur le Conseil d'administration de la composante ;

- Les locaux ainsi que les actifs de la composante qui appartiennent à l'établissement;
- Le Conseil d'administration de l'établissement approuve les règlements de la composante;
- Le Conseil d'administration approuve et modifie au besoin, la mission de la composante.

Les activités de la composante sont comptabilisées dans les activités accessoires des pages 660 (centre d'activités de 100 à 109) et les soldes et opérations entre l'établissement et la composante sont éliminés.

L'établissement met à la disposition de la composante certains locaux et paie pour certains frais indirects, tel que prévu dans les règlements de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et ceux du Fonds de la recherche en santé du Québec (F.R.S.Q.).

Les faits saillants des renseignements financiers de la composante de l'exercice terminé le 31 mars 2017 selon ses états financiers audités sont les suivants :

	Exercice courant	Exercice précédent
Actif		
Court terme		
Encaisse	10 726 742 \$	3 353 786 \$
Placements temporaires	2 500 000 \$	8 500 000 \$
Débiteurs	-	-
Fonds de recherche en santé du Québec	91 702 \$	59 965 \$
Subvention gouvernement fédéral à recevoir	5 035 832 \$	2 913 695 \$
Subvention du gouvernement provincial à recevoir	666 961 \$	618 893 \$
Autres créances	8 060 345 \$	7 387 565 \$
	27 081 582 \$	22 833 904 \$
Passif		
Court terme		
Comptes fournisseurs et autres dettes de fonctionnement	6 126 446 \$	3 133 133 \$
Apports reportés	20 955 136 \$	19 700 771 \$
	27 094 202 \$	22 833 904 \$

ÉTATS DES RÉSULTATS

Produits

Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ)	2 113 821 \$	2 708 741 \$
Subventions gouvernementales - Fédéral	13 877 152 \$	8 662 091 \$
Subventions gouvernementales - Provincial	600 067 \$	1 709 409 \$
Fondation de l'Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas	1 629 523 \$	2 006 077 \$
Subventions de sociétés fermées, ventes de services et autres	14 235 407 \$	12 681 168 \$
Revenus d'intérêts sur les actifs financiers détenus à des fins de transaction	98 198 \$	93 746 \$
	32 554 168 \$	27 861 232 \$

Charges

Salaires	17 526 349 \$	16 779 709 \$
----------	---------------	---------------

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

Charges sociales	1 390 531 \$	1 295 380 \$
Fournitures de recherche et autres dépenses	11 871 493 \$	8 825 479 \$
Immobilisations	1 765 795 \$	960 664 \$
	32 554 168 \$	27 861 232 \$
Excédent des produits sur les charges	-	-
Excédent cumulé des charges sur les produits au début	-	-
Excédent cumulé des charges sur les produits à la fin	-	-

Contrairement à la composante, les opérations du Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas sont comptabilisées à l'extérieur de ces centres d'activités centre d'activités 100 à 109 des pages 660.

Note 14. - Opérations entre apparentés (nature, montant, méthode)

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

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

L'établissement a un intérêt économique dans plusieurs organismes sans but lucratif et organismes de bienfaisance enregistrés. Pris globalement, les soldes et opérations avec ces apparentés ne sont pas significatifs eu égard aux états financiers de l'établissement.

Note 15. - Éventualités

Dans le cours normal de ses activités, l'établissement fait l'objet de réclamations relativement à la prise en charge par le programme d'assurance du RSSS (DARSSS) et les griefs.

Celles-ci totalisent une somme de 1 913 500\$ au 31 mars 2017, 1 862 000\$ au 31 mars 2016.

Note 16. - Événements postérieurs à la date des états financiers

Le projet « OPTILAB » entrant en application le 1er avril 2017 consiste en une vaste réorganisation provinciale des services de biologie médicale au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Ces services, auparavant fournis dans les unités administratives des établissements publics, seront dorénavant offerts dans l'une des 11 grappes de laboratoires de biologie médicale créés à cet effet ayant pour but une offre de services concertée et complémentaire et un accroissement de l'efficacité globale du réseau. Ainsi, le 1er avril 2017, l'ensemble des

ressources humaines, financières, informatiques et matérielles affectées au laboratoire de biologie médicale des établissements sera intégré dans l'une des onze grappes appelées « centres serveurs ».

À cette fin, l'établissement a conclu avec une convention de cession d'exploitation d'activités de laboratoire qui prend effet à compter du 1er avril 2017 en vertu de laquelle il abandonne et cède en sa faveur l'exploitation complète des activités de laboratoire médical à compter de cette date. Il cède également tous les biens meubles et autres actifs servant à l'exploitation des activités cédées, ainsi que les droits, devoirs et obligations sur la partie du budget en cours à la date de la prise en charge des activités cédées. Il demeure responsable de toutes les dettes, obligations, responsabilités et de tout le passif se rapportant aux actifs et activités cédés qui auraient pris origine avant la date de la prise en charge des activités et seraient devenus exigibles à cette date.

À cette fin, l'établissement a été désigné « centre serveur » pour les établissements suivants. Il a conclu avec une convention qui prend effet à compter du 1er avril 2017 en vertu de laquelle il assume à compter de cette date l'entière responsabilité de l'exploitation des activités cédées et toutes les obligations qui en résultent envers les employés, les fournisseurs et les tiers en général. De plus, il jouit de tous les droits et assume toutes les obligations découlant des conventions collectives de travail en vigueur des employés visés par la cession. À titre de successeur subrogé, il assume tous les droits et obligations découlant des contrats d'approvisionnement ou de services afférents aux activités cédées.

L'incidence financière du transfert d'actifs sera comptabilisée au cours du prochain exercice.

Note 17. - Chiffres comparatifs

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

L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Globalement, l'établissement a respecté son obligation légale de maintenir l'équilibre budgétaire. Le fonds d'exploitation termine en surplus de 1 047 109 \$, soit un déficit de 2 552 044 \$ pour les activités principales, compensé par un surplus de 3 599 153 \$ des activités accessoires alors que le fonds d'immobilisations est en déficit de 295 634 \$.

LES CONTRATS DE SERVICE

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

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	6	246 118 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	379	18 010 216 \$
Total des contrats de services	385	18 256 334 \$

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

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

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

Nom de l'établissement Code Page / Idn.
 CIUSSS de L'Ouest-de-L'Île-de-Montréal 1104-5168 140-00 /
 exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

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

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

Description des réserves, commentaires et observations	Exercice financier	Nature	Mesures correctives et commentaires pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2017
1	2	3	4	5 6 7

Signification des codes

Colonne 3

R: Réserve
 O: Observation
 C: Commentaires

Colonne 5,6,7

R : Régulé
 PR: Partiellement
 réglé
 NR: Non réglé

PARTIE AS-471 (p.140)

Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers

Comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures (SQI) comme des contrats de location-exploitation et non comme des contrats location-acquisition. (CROM-Batshaw-ODI-DLL)	2011-12	R	Maintien de la directive du MSSS concernant la comptabilisation des contrats location-acquisition avec la SQI présentement traités comme des contrats de location-exploitation, ce qui contrevient à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 "Immobilisations corporelles louées" du Manuel du CPA Canada	NR
---	---------	---	---	----

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

Les listes de présence servant à la compilation des unités de mesure « jour-présence » et « usager » pour le centre 5500 – Unités de vie pour les jeunes – ouvertes ne sont pas conservées. Il a donc été impossible de valider la concordance entre les registres et les documents de base.	2015-16	R	La documentation sera conservée	NR
L'unité de mesure « la visite » pour le centre d'activité 6307 – Services de santé courants n'a pas été entièrement compilée au cours de la période financière en raison de moyens de pression exercés par les employés.	2015-16	R	L'unité de mesure sera entièrement compilée	R
L'unité de mesure « l'unité technique provinciale » pour le centre d'activité 6352 – Inhalothérapie Autres n'a pas été entièrement compilée au cours de la période financière en raison de moyens de pression exercés par les employés	2015-16	R	L'unité de mesure sera entièrement compilée	R
L'unité de mesure « l'usager » pour les centres d'activités 6352 – Inhalothérapie Autres, 6561 – Services psychosociaux à domicile et 7161 – ergothérapie à domicile n'a pas été entièrement compilée au cours de la période financière en raison de moyens de pression exercés par les employés	2015-16	R	L'unité de mesure sera entièrement compilée	R
Les établissements du Centre Intégré Universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest de l'Île de Montréal doivent compiler l'unité de mesure « usagers distincts ». Les systèmes de compilation des unités de mesure n'étant pas intégrés entre les établissements, il est impossible d'identifier si un usager se présente à plus d'un site pour un même centre d'activité.	2015-16	R	La situation sera analysée en 17-18.	NR

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)

La gestion des accès n'est pas restreint à un nombre d'individus limités dans l'application GRH (groupe "SECURITE – SANS RESTRICTION"). Nous avons noté 16 comptes qui possèdent ces privilèges d'accès. (St Mary's)	2014-15	O	Une procédure sera élaborée en 2017-18, en collaboration avec les ressources humaines et les services informatiques et ce, afin d'avoir une meilleure gestion des accès au système de Médi-Accès en conformité avec les contrôles internes.	NR
--	---------	---	---	----

Un individu possède les privilèges d'accès pour créer des comptes utilisateurs dans l'application GRH et est impliqué dans la révision périodique des accès, ce qui ne respecte pas le principe de séparation adéquate de tâches incompatibles. (St Mary's)	2014-15	O	Une procédure sera élaborée en 2017-18, en collaboration avec les ressources humaines et les services informatiques et ce, afin d'avoir une meilleure gestion des accès au système de Médi-Accès en conformité avec les contrôles internes	NR
L'établissement n'a pas reçu de l'agence de la santé et des services sociaux les analyses financières du rapport financier pour les exercices terminés les 31 mars 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 et 2014. (St Mary's)	2012-13	C	Depuis l'entrée en vigueur de la loi 10, nous avons reçu notre première analyse financière par le MSSS pour l'exercice financier 2015-2016. Le MSSS ne fera pas d'analyse financière pour les exercices financiers antérieurs au 1er avril 2015.	R
Des observations ont été soulevées à la direction dans le cadre de notre audit : La sécurité concernant les mots de passe devrait être améliorée et en ligne avec la politique interne de l'Hôpital.	2012-13	O	Procédure de gestion des accès en voie d'approbation	R

AUDITEUR

Déficiences relevées

Application parapluie: Les transactions faites après la fermeture d'une période ou mapping inadéquat dans les tables de concordance des comptes peuvent causer des écarts car les systèmes comptables ne sont pas intégrés. Il est alors important que l'équipe des finances valide avec le personnel approprié que les transactions faites après la fermeture des périodes, au niveau des systèmes sources externes, soient reflétées dans le système "parapluie" parce que le système n'est pas automatisé.	2015-16	O	Suite à l'unification des systèmes, même à l'exception de St-Mary pour lequel la même charte est utilisée, cette déficience est réglée.	R
Le système « parapluie » de l'établissement ne donne pas à la direction l'information pertinente en temps opportun. Actuellement en plus du délai requis pour préparer le	2015-16		La fusion des systèmes financiers règle cette situation.	R

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CIUSSS de L'Ouest-de-L'Île-de-Montréal	1104-5168	140-00 /
exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE		
processus de l'information financière par composante fusionnée, la direction du service des finances doit concilier les différents écarts lors de la consolidation des données afin de générer les données financières de l'établissement.		L'implantation est terminée à l'exception du module GRM de St-Mary qui sera implanté en juin 2017.
Il n'existe pas de politique uniforme relativement à la provision pour créances douteuses et radiations à travers les établissements tel que stipulé dans les principes directeurs au Manuel de gestion financière (01.01.06).	2015-16	Chaque installation possède ses propres réalités. Par conséquent, nous avons commencé à travailler sur ce processus durant l'année 2015-2016 et nous allons poursuivre le tout en 2016-17. Nous avons aussi l'intention de mettre une politique en place à cet effet pour le CIUSSS en 2017-2018. Par contre, au cours de l'exercice 16-17, la provision est analysée uniformément en tenant comptes des différentes catégories de créances à recevoir.
Une contribution additionnelle de 30% pour les activités de recherche dans le Centre hospitalier St-Mary n'est pas toujours ajoutée au coût total des contrats avec les entreprises privées. Cela expose l'établissement à un risque de non-respect de la réglementation en vigueur énoncé par le MSSS.	2015-16	Une formation a été faite auprès de représentants du Centre de recherche et la circulaire est maintenant respectée.
Il n'existe pas de politiques et de procédures documentées sur l'octroi et l'utilisation des cartes de crédit dans les établissements du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	2015-16	Une politique et procédure sera mise en place en 2017-2018. Nous avons par contre un processus de contrôle interne en place en ce qui
AS-471 - Rapport financier annuel	Gabarit LPRG-2017.1.0	Révisée: 2016-2017
Timbre valideur: 2017-06-13 10:13:59		Rapport V 1.0

concerne les remboursements par carte de crédit. Il n'y a eu aucune carte de crédit additionnelle octroyée en 2016-2017.

Il n'existe pas à l'intérieur des systèmes d'approvisionnement de contrôles informatisés permettant de respecter les niveaux de délégations autorisées par les politiques, règlements et directives de l'établissement ni une reddition de compte automatique. La mise en place de ce type de contrôle permet de s'assurer que les contrôles opérationnels sont appliqués comme prévu et de donner une assurance sur le respect de la Politique de gestion contractuelle concernant la conclusion des organismes publics du réseau de la santé et des services sociaux. Sans contrôles de suivi appropriés les contrôles opérationnels tendent à devenir inefficaces au fil du temps.

2015-16

À notre meilleure connaissance, il n'y a pas eu de dérogation à la loi. Nous sommes d'accord que plusieurs contrôles opérationnels ne sont pas automatisés, ce qui rend les processus non optimaux. Avec la fusion des systèmes d'approvisionnement, les processus de contrôle interne et d'automatisation sont en place. Ainsi tous les cadres ont les niveaux d'autorisation établis. De plus, un module de reddition de compte est disponible dans le nouveau système, son activation sera faite suite à l'implantation en 2017-2018.

NR

Les systèmes présents n'ont pas de module de gestion de trésorerie, il serait préférable d'avoir un système facilitant et maximisant la gestion de l'encaisse.

2015-16

Nous sommes en accord avec l'observation et nous espérons que le ministère prendra en considération la présence d'un module de trésorerie quand viendra le temps de faire

NR

l'acquisition d'un système unique. Cette option sera discuté en 2017-2018 avec notre fournisseur financier. Pour le moment cette option n'est pas offerte par ce dernier.

L'établissement n'a pas mis en place une procédure interne d'alerte (whistleblowing) pour évaluer les plaintes des parties prenantes sur la comptabilité, les processus internes ou la présentation de l'information financière. L'établissement devrait établir un processus pour recevoir, évaluer et conserver ces plaintes et pour y répondre de façon à protéger les parties prenantes.

Subséquentement à la fusion GRF-GRM. Un comité de travail assurera l'élaboration d'une procédure d'alerte en 2017-2018

NR

Les provisions pour les banques de vacances et de maladies de l'IUSMD sont préparées à l'aide d'un fichier Excel intégrant des macros qui insèrent de l'information directement de Médiosolution. Par contre le fichier Excel ne semble pas prendre les bonnes informations puisque les données ne concordent pas avec les rapports Médiosolution.

En 2016-2017, les provisions pour les banques de vacances et de maladies de l'IUSMD proviennent directement des systèmes de paie de Médiosolution à chacune des périodes. Par conséquent, il y a un traitement uniforme des provisions des banques de vacances et de maladies pour le CIUSSS ainsi que l'élimination du traitement manuel de la provision par l'IUSMD.

R

DÉFICIENCES TI

Gérer l'accès des utilisateurs internes

Il n'y a pas de processus formel permettant de faire en sorte que les utilisateurs reçoivent seulement les droits d'accès nécessaires à leurs responsabilités dans

2015-16

Les politiques et procédures du CIUSSS seront

NR

l'application paie.		étendues à l'ensemble des employés des services financiers, ce qui réglera cette situation.	
Risque que le processus de gestion des accès aux systèmes d'information ne respecte pas les meilleures pratiques ou qu'il ne soit pas en lien avec les objectifs de l'organisation.			
Les pilotes ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès aux systèmes MédiAccès (ODI) et GRF alors qu'ils devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles, ce qui ne permet pas d'atteindre la mesure 4.2.1 du Cadre global de gestion.	2015-16	La déficience a été signalée à la firme Médiosolution. Une mise à jour du système pour rencontrer ce contrôle n'est pas envisagée. Par contre, les demandes d'utilisation de ce système sont encadrées par un processus mis en place (formulaire embauche/départ).	NR
		Les politiques et procédures du CIUSSS seront étendues à l'ensemble des employés des services financiers, ce qui réglera cette situation.	
Le système financier MédiAccès ne ferme pas automatiquement une session après une certaine période d'inactivité.	2015-16	Cette situation sera régularisée en 17-18	NR
Risque d'accès non autorisés aux systèmes et aux données, et de déni d'utilisation des systèmes et données.			
Les applications financières GRF et GRM ne sont pas configurées afin d'exiger les paramètres de mots de passe (complexité, longueur, changement périodique).	2015-16	L'application GRF seulement ne permet pas les paramètres de mots de passe complexes mais permet les longueurs et les changements périodiques. Nous	PR
Risque d'accès non autorisés aux systèmes et aux données, et de déni d'utilisation des systèmes et données.			

demandons aux fournisseurs une demande de développement en ce qui concerne la complexité et nous évaluerons le tout en 17-18.

Pour l'application GRM, c'est disponible autant pour la complexité, la longueur, changement périodique. Toutefois, il reste à implanter l'élément de complexité au cours de 2017-18.

Gérer l'accès à distance et des tiers

Nous avons noté qu'il n'y a pas de mesure en place pour interdire l'installation et l'utilisation de logiciels non autorisés.

2015-16

La situation sera corrigée en 17-18.

NR

Risque d'introduction de vulnérabilités, de non-disponibilité des systèmes critiques et de perte de données sensibles.

Surveiller l'accès aux systèmes informatiques

Nous avons constaté que les droits d'accès des utilisateurs du système d'exploitation Windows ne sont pas examinés et approuvés par la direction. En effet, lors de nos tests, nous avons observé plusieurs utilisateurs actifs dont la dernière connexion datait de six mois.

2015-16

Une révision sera faite et tous les comptes n'ayant pas été utilisés durant les 6 derniers mois seront désactivés.

NR

Risque d'accès non autorisés aux systèmes et aux données, et de déni d'utilisation des systèmes et données.

En ce qui concerne les comptes ayant quitté le CIUSSS, le DRIGBM et la DRH travaillent actuellement à la mise en œuvre d'un processus.

Nous avons constaté qu'il n'y a pas d'approche structurée à l'égard de la surveillance des journaux

2015-16

Tel que prévu dans le mandat du comité de

NR

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CIUSSS de L'Ouest-de-L'Île-de-Montréal	1104-5168	140-00 /
exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE		
Risque d'accès non autorisés aux systèmes et aux données, et de déni d'utilisation des systèmes et données.		sécurité de l'information, un plan sera élaboré en 2017-2018
Le conseil d'administration de l'organisme n'a pas reçu et entériné le bilan annuel de l'organisme concernant la sécurité de ses actifs avant de le soumettre au coordonnateur de la sécurité du palier supérieur.	2015-16	À compter de 2016-17, le CA recevra un bilan annuel pour l'ensemble des sites.
Risque que l'organisme n'atteigne pas ses objectifs en matière de sécurité à l'information.		
La salle des serveurs n'est pas munie d'un système de protection contre les incendies conçu pour une salle de serveurs. Risque de perte et de corruption de données sensibles.	2015-16	Le nouveau système financier est hébergé dans la salle de serveurs de l'installation St-Mary's, conforme aux normes
La salle des serveurs n'est pas située dans des locaux séparés du service des TI, ce qui ne permet pas de contrôler l'accès aux serveurs.	2015-16	Le nouveau système financier est hébergé dans la salle de serveurs de l'installation St-Mary's, conforme aux normes
Risque de vulnérabilité à l'égard des actifs informationnels.		
L'organisme n'effectue pas de vérifications et d'audits, de façon périodique et au besoin, pour s'assurer du respect des mesures, des pratiques et des procédures relatives à la sécurité des actifs informationnels. Risque de vulnérabilité à l'égard des actifs informationnels.	2015-16	Au cours de 2016-2017, il y a eu des audits de la part d'une firme externe tel que les audits sur les contrôleurs de données (catalogue des utilisateurs)
Bien que plusieurs contrôles TI importants soient effectués par des tierces parties (CGI et Technocentre), l'établissement ne sait pas si ces contrôles sont effectués adéquatement. De ce fait, la gouvernance n'est pas en mesure d'évaluer une partie des contrôles qui ont une incidence sur les aspects financiers de l'organisation.	2015-16	Le remplacement des systèmes financiers fait l'objet d'un projet en cours. La révision de la gouvernance et des procédures est l'une des tâches du projet. Ceci ne sera plus applicable dû à la fusion des systèmes financiers et de
Risque d'erreurs ne pouvant être détectées dû à une mauvaise exécution des contrôles pris en charge par l'organisme de service.		
AS-471 - Rapport financier annuel	Gabarit LPRG-2017.1.0	Révisée: 2016-2017
Timbre valideur: 2017-06-13 10:13:59		Rapport V 1.0

l'approvisionnement.

Nous avons constaté que l'agent de gestion financière des comptes à payer peut créer un fournisseur, inscrire une facture et générer le paiement (SAP).	2015-16	Un système financier commun fait l'objet d'un projet en cours. Entre-temps des contrôles compensatoires seront mis en place.	R
Risque que des erreurs et des fraudes ne soient pas décelées en temps opportun.		Ceci ne sera plus applicable dû aux contrôles internes mis en place avec le nouveau système financier.	
<i>Sécurité physique</i>			
L'organisme ne possède pas de registre d'entretien des équipements tenu à jour. Risque d'indisponibilité et de perte d'équipement.		Plan d'action à élaborer en 2017-2018	NR
<i>Continuité des opérations TI</i>			
Nous avons constaté qu'il n'y a pas de plan de relève formellement documenté et testé.		Ceci est pris en considération avec l'implantation du nouveau système financier et fera partie du plan d'action 2017-18.	NR
Risque que les opérations de l'organisation soient affectées à la suite d'une situation imprévue. De plus, il y a un certain risque de perte de données sensibles.			

ANNEXE 1 – CODE D'ÉTHIQUE



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

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

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

15 JUIN 2016

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	106
Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	107
Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE.....	110
Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS	113
Section 4 — APPLICATION	115
Annexe I – Engagement et affirmation du membre	120
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance.....	121
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre.....	122
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général.....	123
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts.....	124
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts	125
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen.....	126

PRÉAMBULE

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

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

SECTION 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondement légal

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

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.
- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).
- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).
- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).
- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).
- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme* (RLRQ, chapitre T-11.011).
- Charte des droits et libertés de la personne, RLRQ c C-12.

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Personne indépendante : Tel que défini à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte,

de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances¹.

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

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

¹ BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

SECTION 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

SECTION 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

- 14.** Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
- 15.** La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

SECTION 4 – APPLICATION

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

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

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

18. Comité d'examen *ad hoc*

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

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

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

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

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

19.3 Le comité d'examen *ad hoc* détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen *ad hoc* et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen *ad hoc*.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

ANNEXES

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Coordonnées du bureau d'élection

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

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

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

Signature

Date [*aaaa-mm-jj*]

Lieu

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

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

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

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

1. Intérêts pécuniaires

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

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, membre du conseil d'administration du _____ déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

Signature

Date *[aaaa-mm-jj]*

Lieu

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

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Rapport annuel 2016-2017

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
160, avenue Stillview
Pointe-Claire (Québec)
H9R 2Y2