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

Québec

Rapport annuel de gestion du CIUSSS

2016-2017

TABLE DES MATIÈRES

1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS 1

2. LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS 4

3. LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET LES FAITS SAILLANTS . 5

3.1 L'établissement 5

3.1.1 La mission du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal 5
3.1.2 Désignations de l'établissement 7
3.1.3 La vocation suprarégionale 8
3.1.4 La structure de l'organisation au 31 mars 2017 9
3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils, les instances consultatives. 10

3.2.1 Le conseil d'administration 10
3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives 11
3.3 Les faits saillants 40

3.3.1 Soins infirmiers 40
3.3.2 Services multidisciplinaires 44
3.3.3 Services intégrés de première ligne 46
3.3.4 Réadaptation et déficience 47
3.3.5 Santé mentale et dépendance 50
3.3.6 Soutien à l'autonomie des personnes âgées 55
3.3.7 Recherche 58
3.3.8 Enseignement médical et universitaire 63
3.3.9 Ressources informationnelles 68
3.3.10 Services techniques 69
3.3.11 Achat et Logistique 70

4. LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 72

5. LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ 73

5.1 L'agrément 73

5.2 La sécurité des soins et des services 75

5.3 Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement 79

5.4 L'examen des plaintes et la promotion des droits 81

6. L'APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE 89

7. LES RESSOURCES HUMAINES 90

7.1 Direction des ressources humaines, communications, affaires juridiques et sécurité globale 90

7.2 La gestion et contrôle des effectifs 92

8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES 94

8.1 Les états financiers 94

8.1.1 Rapport de la direction 94
8.1.2 Rapport de l'auditeur indépendant 95
8.1.3 Résultats financiers 97
i. État des résultats 97
ii. État des surplus (déficits) cumulés 98
iii. État de la situation financière 99
iv. État de la variation des actifs financiers nets (dette nette) 100
v. État des flux de trésorerie 101
vi. État des résultats – Activités principales et accessoires 104
vii. Revenus reportés relatifs aux sommes reçues par dons, legs et autres formes de contributions (art. 269 LSSSS) 105
viii. Notes aux états financiers 106
ix. Charges brutes par programmes-services 125
x. Contrats de services 2016-2017 126
8.2 L'équilibre budgétaire 127

9. L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT 128

10. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 131

ANNEXE 1 : LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS 132

ANNEXE 2 : L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS (suite) 153

ANNEXE 3 : LES RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 162

ANNEXE 4 : ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2016-2017 176

Chapitre III : Les attentes spécifiques 2016-2017..... 184

Chapitre IV : Les engagements du CIUSSS en fonction, notamment, du Plan stratégique 2015-2020 du MSSS..... 195

1. LE MESSAGE DES AUTORITÉS

Quand nous jetons un regard rétrospectif sur l'exercice 2016-2017 au moment où nous envisageons une autre année emballante et fructueuse, nous sommes frappés par le changement de discours et de démarche intervenus au sein du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal au cours des 12 derniers mois, changement que nous résumons dans le présent rapport.

Au début de l'année 2016, les membres de notre personnel découvraient leur nouveau rôle et commençaient à comprendre la portée et le sens réels de prodiguer des soins et de collaborer à l'échelle plus vaste de multiples établissements. En revanche, aujourd'hui nous sentons vraiment l'impulsion que nous avons créée en travaillant ensemble et en tirant parti de nos synergies pendant une période prolongée.

Certes, nous avons encore plusieurs défis à relever, notamment en ce qui a trait à l'amélioration de la qualité de l'expérience des usagers, c'est-à-dire de bonifier tous les aspects de l'expérience de chaque personne dans nos établissements, tout en continuant à améliorer l'environnement de travail de nos employés. Néanmoins, nous sommes certains que ces objectifs peuvent être réalisés puisque nous savons que notre transformation progresse rapidement.

Cette transformation a été particulièrement évidente au cours des dernières semaines de 2016 quand les membres de notre personnel se sont mobilisés dans le cadre du processus en vue de l'agrément. Non seulement ont-ils expliqué aux visiteurs la profondeur de notre engagement envers nos clients, nos patients et nos résidents, mais ils rayonnaient de confiance et de fierté en décrivant les réalisations de notre CIUSSS.

À cet égard, les résultats parlent d'eux-mêmes : dans l'ensemble, le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal a obtenu la note impressionnante de 96,3 pour cent. De surcroît, dans les domaines qui ont fait l'objet d'un examen particulièrement minutieux, nous avons obtenu une note parfaite en « Santé et bien-être de la population » et « Santé mentale », et un résultat de 96 ou plus en matière de « Leadership », de « Prévention et contrôle des infections », de « Gouvernance » et de « Soins à domicile ».

Dans leurs commentaires, les évaluateurs ont également félicité le CIUSSS pour les initiatives suivantes :

- adopter une démarche intégrée à l'échelle du réseau, orientée sur les besoins des usagers des soins de santé et des services sociaux;
- rester à l'affût des besoins des usagers et avoir modifié par la suite les services de notre réseau de manière à combler ces besoins;
- faire preuve de leadership en implantant une culture où la sûreté est un élément intrinsèque des soins;
- afficher son engagement à préserver et à célébrer les différents héritages et les qualités uniques de chaque établissement du réseau;
- implanter des plans stratégiques et opérationnels étroitement harmonisés à ceux du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les raisons de ces résultats sont multiples, très variées et amplement documentées dans les pages qui suivent. Toutefois, au risque de trop les simplifier, selon nous une grande partie de notre réussite est attribuable à une qualité en particulier : le respect.

Le respect est l'étincelle qui nous pousse à prendre la main d'une personne après lui avoir donnée un médicament. C'est l'impulsion qui nous incite à guider un visiteur perdu vers sa destination. C'est le désir de préserver la dignité de nos patients en nous assurant que leurs dossiers sont protégés des regards curieux. Il s'agit de l'engagement de rendre l'approche de la mort aussi acceptable et exempte de douleur que possible. Et, c'est aussi comprendre que l'apport d'un collègue ou d'un coéquipier est aussi précieux que le nôtre. En définitive, le respect est l'essence même de l'expérience de l'usager et de notre capacité d'atteindre des résultats positifs à titre de groupe cohésif.

Il suffit que nous regardions autour de nous, à l'échelle locale et à l'échelle internationale, pour comprendre combien le manque de respect peut engendrer d'intolérance et de désespoir. En revanche, en affirmant nos valeurs, nous consolidons notre CIUSSS, où des douzaines de langues sont parlées au sein de l'un des territoires les plus multiethniques au Canada, qui est également un refuge pour un grand nombre de demandeurs d'asile. Pour nous assurer que ce concept essentiel continue d'être bien compris et chaleureusement adopté, nous avons développé la campagne 'Respect', qui a été lancée et largement diffusée dans tous nos établissements.

Nous savons, bien sûr, que nous n'avons pas réalisé tous nos objectifs. Il reste beaucoup de travail à accomplir, notamment pour réduire le temps d'attente en ce qui concerne les soins d'urgence, inscrire un nombre accru d'usagers des soins de santé auprès d'un omnipraticien, faire face au nombre croissant de personnes âgées présentant de multiples problèmes de santé, et améliorer les soins prodigués et les services offerts aux victimes de sévices, aux nouveaux immigrants et aux autres membres vulnérables de la société.

Quoi qu'il en soit, nous avons le sentiment indéniable qu'un changement est intervenu. Cette transformation nous rappelle les mots de l'industriel américain Henry Ford au sujet du travail en équipe : « Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès, travailler ensemble est la réussite. » Ainsi, à l'aube de la troisième année d'existence de notre CIUSSS, nous pensons être en mesure d'affirmer que nous collaborons étroitement en faisant preuve d'un niveau de respect qui touche presque tous les aspects de nos activités.

Il en résulte un sentiment d'unité, grâce auquel le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal pourra combler encore mieux les besoins changeants des personnes que nous servons. Il s'agit de la clé qui nous permettra de servir nos usagers le mieux possible.

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

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

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2016-2017 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre Ouest-de-l'Île-de-Montréal :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2017.

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

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

3.1 L'ÉTABLISSEMENT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Des soins de qualité supérieure

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

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

2. Compassion, dignité et respect*

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

Notre but est de fournir aux usagers une expérience exceptionnelle.

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

3. Sécurité

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

4. Travail d'équipe

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

5. Connaissances et innovation

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

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

3.1.2 Désignations de l'établissement

- **Centre hospitalier affilié universitaire (CHAU)**
  Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis

- **Centre affilié universitaire (CAU)**
  Centre d'hébergement Father Dowd
  Centre d'hébergement Henri-Bradet
  Centre d'hébergement Saint-Andrew
  Centre d'hébergement Saint-Margaret
  CLSC de Benny Farm
  CLSC René-Cassin
  Hôpital Catherine Booth
  Hôpital Richardson

- **Institut universitaire (IU)**
  CLSC de Côte-des-Neiges (IU social)
  CLSC Métro (IU social)
  CLSC de Parc-Extension (IU social)
  Point de service Outremont (IU social)
  Maison des naissances de Côte-des-Neiges
  Info Santé - Info Social

- **Hôpital d'enseignement affilié**
  Centre hospitalier Mont-Sinaï
  Centre gériatrique Maimonides Donald Berman
  CHSLD juif de Montréal

- **Aucune désignation**
  Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
  Centre de réadaptation MAB-Mackay
  Centre Miriam

- **Proches collaborateurs**

  RI (ressources intermédiaires)
  Manoir Renaissance
  Résidence du Boulevard
  Ressource intermédiaire Lev-Tov
  Ressource intermédiaire Maison Paternelle
  Ressource intermédiaire de la Montagne
  Ressource intermédiaire La Salle

  Les Maisons Bleues
  La Maison Bleue Côte-des-Neiges
  La Maison Bleue Parc-Extension

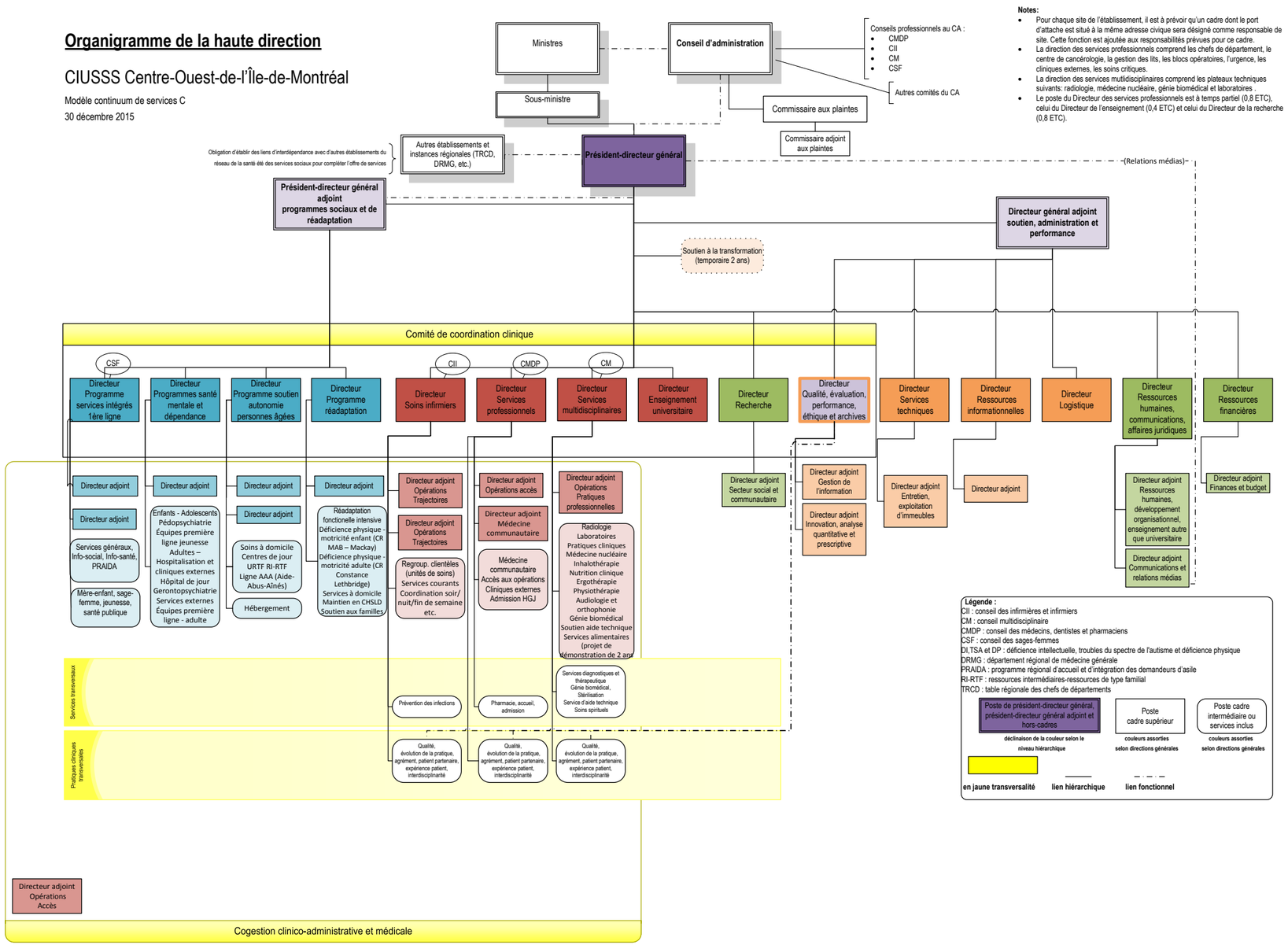
3.1.3 La vocation suprarégionale

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

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

À cet égard, le Centre gériatrique Donald Berman Maimonides et le CHSLD juif de Montréal ont le mandat suprarégional, et ceci pour l'ensemble de la province, d'accueillir les résidents de la communauté juive.

3.1.4 La structure de l'organisation au 31 mars 2017



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

3.2.1 Le conseil d'administration

Les membres du Comité exécutif

- Alan Maislin, *président du Conseil*
- Samuel Minzberg, *vice-président et président du comité de gouvernance et d'éthique*
- Dr Lawrence Rosenberg, *secrétaire et président-directeur général du CIUSSS*
- Lucyna M. Lach, *présidente du comité de vigilance et d'éthique*
- Mordecai Yalovsky, *président du comité de vérification*

Membres désignés

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

Membres nommés

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

Membres indépendants

- Samuel Minzberg – Compétence en gouvernance ou éthique
- Antonio (Tony) Loffreda – Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité
- Allen F. Rubin – Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines
- Ronald Waxman – Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité
- MordecaiYalovsky – Expertise dans les organismes communautaires
- Vivian Konigsberg – Expertise en protection de la jeunesse
- Alan Maislin – président - Expertise en réadaptation
- Lucyna M. Lach – Expertise en réadaptation
- Linda Fortier – Expertise en santé mentale
- Alyssa Yufe – Expérience vécue à titre d'usager des services sociaux

Membre observateur

- Edward Wiltzer – Fondation de l'Hôpital général juif

Bilan des activités

En 2016-2017, le conseil d'administration a tenu sept réunions ordinaires ainsi que plusieurs réunions extraordinaires. Les comités obligatoires soit, comité de vérification, comité de gouvernance et d'éthique et comité de vigilance et de qualité, participent activement au contenu des rencontres par le biais des rapports présentés au conseil par les présidents. Un atelier de formation a également été offert aux membres du conseil sur les pratiques de gouvernance.

Vous trouverez en Annexe 1, à la page 132, le Code d'éthique et de déontologie du Conseil d'administration. Le code a été adopté par le conseil d'administration à sa réunion de 14 avril 2016. Le Conseil n'a eu à traiter aucun cas de manquement au code au cours de l'année 2016-2017.

3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives

3.2.2.1 LISTES DES CONSEILS ET COMITÉS

Département régional de médecine générale (DRMG)

DRMG du territoire de Cavendish

Dr Ronald Ludman, président

Membres :

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

Nombre de rencontres entre le 1er avril 2016 et 31 mars 2017 : 2

De plus, la plupart des membres ont assisté aux réunions de Table de coordination de la Première ligne qui ont eu lieu presque chaque mois.

Bilan des activités :

Aux réunions de la table locale, les besoins du PREM ont été discutés, ainsi que les mesures susceptibles d'augmenter les inscriptions. Le Dr Ludman a contacté les cliniques de la région pour avoir une meilleure compréhension de leurs besoins en médecins. Parmi les autres sujets abordés, mentionnons les CRDS, les « super cliniques », et la difficulté liée au « taux d'assiduité » dans notre région.

Il est prévu de tenir une réunion générale pour tous les médecins de famille de la région, dans le but d'obtenir une plus grande représentativité de ces derniers et d'améliorer la communication et la coordination.

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSPP)

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

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) a été créé à titre transitoire le 15 mai 2015. Le Comité est responsable de ce qui suit :

- évaluer, contrôler et améliorer la qualité et la pertinence des actes professionnels de ses membres;
- examiner les plaintes relatives aux compétences et au comportement de ses membres;
- participer à différents comités et sous-comités médicaux, professionnels et scientifiques obligatoires qui appuient et assurent la qualité des actes médicaux, y compris :
  - le Comité d'évaluation des procédures médicales (CAMA)
  - le Comité de pharmacologie et de thérapeutique (P&T)
  - le Comité de révision des titres de compétences (sous les auspices de la DSP)
  - le médecin-conseil

Membres du Comité exécutif du CMDP :

- Présidente : Dre Elizabeth Mac Namara (Hôpital général juif)
- Vice-président : Dr Daniel Ince-Cushman (CLSC de Côte-des-Neiges)

- Dr Lawrence Rosenberg, président-directeur général, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- Dre Louise Miner, directrice des Services professionnels, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

- Dr Marc Afilalo (Hôpital général juif)
- Dr Jack Gaiptman (Centre gériatrique Donald Berman Maimonides)
- Dr Mark Karanofsky (Hôpital général juif/ Clinique Herzl)
- Dre Suzanne Levitz (Hôpital Mont-Sinaï)
- Dr Ernesto Schiffrin (Hôpital général juif)
- Dre Debrah White (Centre de réadaptation Constance Lethbridge)
- Dr David Weigens (ancien CSSS Cavendish)
- Dr Paul Carroll, remplace la Dre Audrey Juras (ancien CSSS de la Montagne)
- Eva Cohen, Directrice du comité de pharmacologie et de thérapeutique, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Membres d'office:

- Dr Rubin Becker
- Dr Markus Martin

Certains défis ont dû être surmontés pour développer et implanter une démarche à l'échelle du CIUSSS. De multiples missions fonctionnent différemment et comportent différents niveaux d'appui interne. Parmi ces missions, citons, les soins de longue durée, la réadaptation, les soins palliatifs, les CLSC et l'hôpital universitaire de soins aigus. En raison de la complexité des nombreux problèmes pharmaceutiques et des ordonnances collectives, dernièrement le chef de la Pharmacie a été invité à se joindre au Comité exécutif à titre de membre permanent non élu. De nombreux problèmes juridiques doivent être traités, y compris l'aide médicale à mourir et la sédation terminale, les ordonnances collectives, la délégation des actes médicaux et les protocoles pour la Clinique d'accueil. Toutes les ordonnances collectives et les protocoles ont été développés avec la collaboration des spécialistes médicaux, des infirmières et infirmiers et les autres professionnels de la santé concernés.

Le comité exécutif s'est penché sur la question du renouvellement du mandat des chefs de service, et la décision fut prise de lancer un processus formel de recherche et de sélection pour les chefs de service : 1) dans un poste à vocation à l'échelle du CIUSSS (sauf en dentisterie), ou 2) dont le mandat actuel se termine avant 2018. Tous les autres chefs de service termineraient leur mandat.

Comité disciplinaire

Pour faire suite à l'envoi d'une plainte d'un patient du comité de révision au comité exécutif, un comité disciplinaire a été créé et placé sous la présidence du Dr Robbie Shear. Ce comité soumet sa recommandation au comité exécutif, qui se chargera actuellement de la soumettre au conseil d'administration.

Comité CAMA transitoire

L'équipe CAMA transitoire est un sous-comité du Comité CAMA chargé d'évaluer, conformément à la loi, tous les cas d'aide médicale à mourir ou de sédation terminale

en soins palliatifs dans l'ensemble du CIUSSS. Ce sous-comité est présidé par le Dr Marcus Martin. Ses membres sont Eva Cohen (pharmacienne), Dr Mark Karanofsky (médecine familiale, HGJ), Dr Robert Piché (médecine familiale, ancien CSSS DLM), et Dr Loan Lam (médecine familiale, ancien CSSS DLM).

Comité CAMA permanent du CIUSSS
Le Comité CAMA à l'échelle du CIUSSS, mis sur pied pour cinq missions de notre CIUSSS, a été placé sous la présidence de la Dre Natalie Saad, qui travaille à l'Hôpital Mont-Sinaï et à l'Hôpital général juif. Elle a été invitée à participer à toutes les réunions du MEC ou à celles de l'un des sous-comités. Le Comité chargé de se pencher sur l'aide médicale à mourir et sur la sédation terminale (décrites ci-dessus) sera maintenu sur une base permanente.

Comité de pharmacologie et thérapeutique
Le comité de pharmacologie et thérapeutique a été intégré en un seul comité de pharmacologie et thérapeutique du CIUSSS. Parmi les nombreuses réalisations de ce comité figurent : l'harmonisation du formulaire des médicaments au sein du CIUSSS; l'uniformisation des politiques et procédures au sein du CIUSSS (en cours); l'uniformisation du bilan comparatif des médicaments au sein du CIUSSS; et la création du comité du circuit des médicaments du CIUSSS.

Médecine dentaire
Le Service de médecine dentaire a relevé le défi de standardiser les traitements prodigués et la démarche auprès des patients dans l'ensemble du CIUSSS. Cette démarche porte sur la qualité des soins et la santé et la sécurité du personnel et des patients. Ce projet en cours est exécuté grâce à la participation de l'ensemble de l'équipe.

Sous-comité MEC de l'HGJ
Le sous-comité de l'HGJ est placé sous les auspices du MEC du CIUSSS. Son rôle comprend la gestion de l'Hôpital général juif (un établissement de soins aigus au sein du CIUSSS) et de présenter un rapport des activités au MEC du CIUSSS.

Priorités du MEC du CIUSSS

- La communication a été cernée comme un enjeu essentiel, principalement parce que les médecins de famille ont parfois des difficultés à contacter des spécialistes pour obtenir de l'aide. Il arrive souvent que pour les patients de la communauté, ils n'aient pas toutes les données et les rapports nécessaires, et il semble y avoir un problème d'accès aux dossiers des patients. La communication entre médecins a été reconnue comme une priorité lorsque des patients sont transférés à l'urgence ou à partir de l'urgence.

- Les Technologies de l'information s'avèrent être un défi important pour les médecins et les pharmaciens de l'ensemble du CIUSSS. Au sein de l'HGJ, les temps d'attente pour obtenir des données, par exemple pour accéder l'information sur un patient, peut varier de une à vingt minutes. Les programmes se figent ou tombent en panne fréquemment. Les médecins ne savent pas toujours quand les résultats de leurs patients sont disponibles. Il s'agit de priorités importantes pour les médecins et pour leurs patients. Les membres du Comité exécutif CMDP collaboreront avec les Services de technologies de l'information pour résoudre ces problèmes qui ont une incidence considérable sur les soins prodigués aux patients et sur les activités professionnelles des médecins. Le Service de technologie de l'information reconnaît que cette situation est intenable. Nous devons obtenir l'appui du Conseil d'administration pour nous aider à résoudre cette situation.

Le Comité de pharmacologie et de thérapeutique

Le Comité de pharmacologie et de thérapeutique est un sous-comité du Comité exécutif et il constitue un groupe multidisciplinaire de médecins, de pharmaciens et d'infirmières et infirmiers. Il a pour mission de conseiller le pharmacien en chef sur la préparation du formulaire et de superviser la qualité, la distribution et l'utilisation des médicaments dans l'Hôpital. En septembre 2015, un nouveau Comité de pharmacologie et de thérapeutique a été créé, regroupant des membres des différents établissements.

Membres du Comité P et T du CIUSSS n=26		
Abittan, Gaelle	HGJ	Pharmacie
Azran, Daniella Dre	ancien CSSS Cavendish	Gériatrie
Beardsley, Jennifer Dre	ancien CSSS Cavendish	Réadaptation
Bianco, Judy	HGJ	Soins infirmiers
Bilbul, Celine	Maimonides	Pharmacie
Borten, Odelia Dre	ancien CSSS Cavendish	Réadaptation
Cohen, Eva - Présidente	HGJ	Pharmacie
Combiescu, Cornelia	CHSLD	Pharmacie
Dankoff, Jerald Dr	HGJ	CAMA
Dayan, Iris	Mont-Sinaï	Pharmacie
Grad, Willis Dr	HGJ	Urgence
Grondin, Johanne	CLSC	Soins infirmiers
Kader, Tina Dr	HGJ	Médecine interne
Klein, Linda Dr	Mont-Sinaï	Soins de longue durée
Langleben, David Dr	HGJ	Cardiologie

Levitz, Suzanne Dre	Mont-Sinaï	Réadaptation pulmonaire
Lipes, Jed Dr	HGJ	Soins intensifs
Luterman, Rosalind Dre	ancien CSSS Cavendish	Gériatrie
Martin, Markus, Dr	CHSLD	Médecine
McBean, Althea	HGJ	Soins infirmiers
Miller, Wilson Dr	HGJ	Oncologie
Miner, Louise Dre	CIUSSS	DSP
Moore, Fraser, Dr	HGJ	Neurologie
Quance, Daniel Dr	HGJ	Anesthésie
Roy, Carmelia Dre	HGJ	Psychiatrie
Tradounsky, Golda Dre	Mont-Sinaï	Soins palliatifs

Statistiques du comité P et T	2016-2017	2015-2016	2014-2015
Nombre de rencontres	8	8	9
% participation (n= 26 membres x 8 réunions)	44 %		
Nombre d'examens du formulaire	22	30	15
Nombre d'examens à la suite d'une mise en garde contre un médicament	14	36	47
Examens d'utilisation des médicaments	9	4	7
Nombre d'ordonnances collectives approuvées	13	6	5
Nombre d'ordonnances préimprimées approuvées	6	7	4
Nombre de protocoles/lignes directrices approuvées	14	6	12

Détails P et T 2016-2017	
19 avril	Ordonnances collectives : Sevelamer, acide folique et MVI, Fenofibrate, insuline, gouttes oculaires, cathéter. Examens du formulaire : hormones, GI, SNA, diagnostic, vitamines, relaxants musculaires, divers. PP108 cannabis – premier projet.
17 mai	Examen du formulaire : ORLO, peau et muqueuses, anti-infectieux.
21 juin	Mises en garde contre un médicament : Hydroxyzine, Mycophenolate,

	Erlotinib, inhibiteurs du SGLT2. EUM : Hydroxyzine. Ordonnances collectives : Pacrealipase, PPIs. Formulaires : Idarucizumab rapport annuel P et T. Politiques et procédures : directives sur l'utilisation d'antibiotiques avant une opération GI, PP051 contrôle d'audiologie pour la toxicité des aminoglycosides.
20 septembre	Mises en garde : Colace liquide, Bicillin. Fluoroquinolones. EUM : Idarucizumab, Radium, abréviations, prescriptions. Ordonnances collectives : Furosemide pour l'ICC. Formulaires : Cinacalcet, Trastuzumab Emtansine. Politiques et procédures : PP058 abréviations, PP124 demandes nécessitées particulières, prescription PP015.
18 octobre	Mises en garde : antiviraux, pompes à seringue, Revolade, opioïdes avec benzodiazépines. Ordonnances préimprimées : PT030, 031, 076, 045, 032, xx ordonnances post-op cardiaques. Politiques et procédures : chariots d'urgence CLSC, auto-admin. Cavendish, antibioprophylaxie chirurgicale et urologique pré-op.
15 novembre	EUM : Rituximab patients non oncologiques. Formulaires : Alogliptin, Rasburicase, BCG intrarénal, inhalateurs.
13 décembre	Mises en garde : Diazoxide, Pioglitazone, testostérone. EUM : Zopiclone, monitorage anticonvulsif, mélatonine. Ordonnances collectives : hypoglycémie, début des tests de labo au Service d'urgence. Formulaires : Tinzaparin, mélatonine, Filgrastim, Selexipag, Entresto. Politiques et procédures : PP015 section 6.1 durée de la prescription.
21 mars	Ordonnances collectives : lingettes de chlorhexidine, dépistage. Politiques et procédures : PP015 section 5.8 ordonnances verbales, section 3.10 échantillons, PP108 cannabis.

Résumé des statistiques P et T 2016-2017

	Mises en garde	EUM	Ordonnances préimprimées	Ordonnances collectives	Formulaires	Directives politiques et procédures	Participation
19 avril	0	0	0	6	7	1	12
17 mai	0	0	0	0	3	0	4
21 juin	4	1	0	2	1	2	12
20 sept.	3	4	0	1	2	3	12

18 oct.	4	0	6	0	0	4	14
15 nov.	0	1	0	0	4	0	13
13 déc.	3	3	0	2	5	1	13
21 mars	0	0	0	2	0	3	12
Total	14	9	6	13	22	14	

Statistiques des formulaires hors hôpital	2016-2017	2015-2016	2014-2015
Nombre de demandes à l'HGJ	283	447	276
Nombre de demandes en chimiothérapie à l'HGJ	203	168	78
Nombre de demandes humanitaires	76	59	22
Nombre de demandes du CIUSSS	20	na	na
Nombre de demandes refusées	6	18	49
Total ($) HGJ	2 440 146	1 969 484	1 088 706
Total ($) CIUSSS	65 522		
Économies (pour demandes refusées)	62 478	74 821	201 455

Plan de développement du Service de pharmacie du CIUSSS 2016-2020

Secteur	**Description**
Général	Harmoniser les missions et les normes de pratique Harmoniser les budgets et les rapports
Comité P et T	Former le comité du CIUSSS Harmoniser le formulaire Examiner l'utilisation des médicaments Partager l'information et des outils
Ressources humaines	Attribuer suffisamment d'effectifs et éliminer le recours aux agences Normaliser les stratégies de recrutement et de rétention

Distribution des médicaments	Offrir les services de doses unitaires à l'échelle du CIUSSS Offrir les services d'additifs aux solutés à l'échelle du CIUSSS Déléguer les tâches techniques Certifier les adjoints techniques Assurer à la pharmacie un ratio ATP de 1 :2 Faire entrer les ordonnances par un technicien, faire valider par un pharmacien Mettre en place une politique après les heures d'ouverture à l'échelle du CIUSSS Adopter des mesures de contrôle appropriées pour les narcotiques Valider les listes de stocks des unités et veiller à l'organisation des salles de médicaments Transférer l'achat de médicaments pour les CLSC à la pharmacie Standardiser les médicaments des chariots d'urgence dans les CLSC
Qualité	Former un comité du circuit des médicaments du CIUSSS Normaliser les politiques et procédures Implanter des normes d'agrément pour la gestion des médicaments Veiller à l'inspection du pour OPQ, U de M, SCPH Convoquer des réunions de morbidité et mortalité (RM&M) du Service de la pharmacie Implanter un programme de gestion des antimicrobiens Implanter un programme d'examen des incidents médicamenteux
Enseignement	Continuer à accueillir des étudiants et des résidents Veiller à ce que l'enseignement soit donné dans l'ensemble du CIUSSS
Recherche	Participer au comité d'éthique de la recherche
Automatisation et technologie	Intégrer pleinement CPOE à l'échelle du CIUSSS Intégrer pleinement e-MAR à l'échelle du CIUSSS Mettre en place les cabinets de distribution automatisée au CIUSSS Déployer le DSQ à l'échelle du CIUSSS Mettre en œuvre le système Endovault en oncologie Implanter des caméras dans les chambres stériles Établir une interface fonctionnelle entre les ordonnances électroniques et Gesphar Offrir Vigilance à tout le personnel hospitalier Utiliser le module Dossier clinique dans tous les services de pharmacie Mettre à niveau la technologie des 'pompes intelligentes' à l'HGJ Implanter les pompes intelligentes partout au CIUSSS

Bilan comparatif des médicaments	Soumettre du projet d'expansion du bilan comparatif S'assurer que le bilan comparatif est effectué pour chaque patient partout où des soins lui sont prodigués.
Activités cliniques	Augmenter le nombre de secteurs ayant accès aux services de pharmacie clinique Assurer l'examen annuel du profil pharmacologique des patients âgés Assurer le partage d'information pour des services de soins continus lors des transferts de service Appliquer la loi 41

Comité d'examen des titres (sous les auspices de la directrice des Services professionnels) – À partir du 1er avril 2016

Nom	**Service/Divisions**
Azzam, Milene	Anesthésie
Battat, Robert	Gastroentérologie
Bessisow, Ali	Radiologie diagnostique
Brisebois, Paul	Médecine d'urgence
Cassis, Chantal	Hémato-oncologie
Di Lullo, Lino	Médecine dentaire
Evans, Barbara	Médecine de famille
Fahmy, Dr Nader	Urologie
Faridi, Nazlie,	Psychiatrie
Faridian-Aragh, Neda,	Radiologie
Goupil-Lévesque, Samuel	Médecine dentaire
Khanassov, Vladimir	Médecine de famille
Lecavalier-Barsoum, Magali	Radio-oncologie
Matthews, Keith	Urologie
Mohindra, Rohit	Médecine d'urgence
Nouraeyan, Nina	Pédiatrie
Ong, Thomas	Radiologie diagnostique
Parkes, Leighanne Olivia	Microbiologie / maladies infectieuses
Pusztaszeri, Marc	Anatomo-pathologie
Retter, Jason	Médecine dentaire
Sadeghi, Nader	Oto-rhino-laryngologie
Schwartz, Joseph Samuel	Oto-rhino-laryngologie
Teodorescu, Cristina	Médecine de famille
Thellend-Gauthier, Gilbert	Médecine dentaire
Todd, Keith	Médecine de famille
Veilleux Martin	Neurologie
Veksler, Anna	Radiologie diagnostique
Vriniotis, Georgia	Médecine de famille

Xia, Chenjie	a été nommé conjointement à la Division de Gériatrie
Zini, Armand	Urologie

Départs

Finesilver, Allan	Oto-rhino-laryngologie
Gradinger, Charles	Pédiatrie
Gradinger, Harvey	Pédiatrie
Hortop, John	Pédiatrie
Kirtsman, Irina	Pédiatrie
Mitmaker, Benjamin	Chirurgie générale
Wolkove, Norman	Pneumologie
Reyburn, Thomas	Psychiatrie

Congés

Derossis, Anna-Maria	Chirurgie générale
Gordon, Philip	Chirurgie colorectale
Guzder, Jaswat	Psychiatrie
Moras, Emily	Médecine d'urgence
Perillo, Michele	Radiologie-diagnostique
Ong, Thomas	Radiologie-diagnostique

Décès

Brown, Ronald	Psychiatrie
Wainberg, Mark	Institut Lady Davis

Conseil des infirmières et infirmiers

Formation du comité et nombre de rencontres
Le comité a été formé en juin 2016. Les membres qui composent les comités permanents ont été élus tel que stipulé dans les statuts et règlements. Le comité s'est rencontré à huit reprises entre le 1er avril 2016 et 31 mars 2017.

Membres composant l'exécutif

Fonctions	Noms	Directions
Présidente	Marie-Claire Bélisle	Santé Mentale et dépendance
Vice-présidente	Kassandra Phanord	Première ligne
Secrétaire	Anna Nunez	Première ligne SAPA
Conseillère	Karen Rose Honegger	DSI-Qualité
Conseillère	Jessica Pinto	DSI-hôpital

Conseillère	Colette Mascle	Première ligne
Conseillère	Lilian Chaw	Réadaptation
Conseillère	Isabelle Caron	DSI-hôpital
Conseillère	Johanne Grondin	DSI-hôpital
Conseillère	Parthenopi Orfanidis	Hébergement
Représentante CIIA	Natacha Lafrenière	Première ligne

Bilan des activités

- Visibilité du CECII :
  - Consolidation de la page intranet;
  - Établissement de canaux de communication.
- Participation à l'AGA de l'ACIIQ
- Participation au processus de mise à jour des compétences des infirmières
- Préparation et organisation du comité CIIA en cours
- Préparation et organisation du CRI-Jeunesse en cours
- Préparation et organisation des prix de reconnaissance 'Équipe de soins' en cours
- Participation aux évènements de la « Semaine de l'infirmière »
- Organisation de conférences sur l'éducation financière
- Mise sur pieds d'un sous-comité portant sur l'amélioration des soins de transition
- Soutien pour nomination de « CVP-Neon@t », dans le cadre de la demande de subvention au programme « Pour mieux soigner »
- Soutien pour nomination du programme « Connexion » pour le prix Innovation Clinique à l'ORIIML

Conseil multidisciplinaire

Membres du Comité exécutif du Conseil multidisciplinaire (CECM)

Nom du membre	Profession	Direction	Établissement
Patricia Urrico, présidente	Diététiste-nutritionniste	Services multidisciplinaires	Hôpital général juif
Ibrahima Diallo, vice-président	Physiothérapeute	Réadaptation	Hôpital Catherine-Booth
Bérhanie Roy, secrétaire	Spécialiste en activités cliniques	Réadaptation	Résidence Miriam

Cindy Potechin, trésorière	Psychologue	Santé mentale et dépendance	Centre de réadaptation MAB-Mackay et Hôpital général juif
Lynne Dawson	Physiothérapeute	Réadaptation	Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
Lisa-Mélanie Levy	Conseillère en soins spéciaux	Réadaptation	Centre Miriam
Line Ouellet	Adjointe à la chef des technologues en radiologie	Services multidisciplinaires	Hôpital Mont-Sinaï
Caryn Roll	Diététiste-nutritionniste	Services de première ligne	CLSC de Benny Farm
Jeremy Wexler	Travailleur social	Services multidisciplinaires	Hôpital général juif
Dan Gabay	Directeur des Services multidisciplinaire	Représentant du PDG	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
Jacynthe Touchette	Bibliothécaire	Enseignement universitaire	Hôpital général juif
Dr Lawerence Rosenberg	Président-directeur général	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Mandat du CM :

Le Conseil relève du conseil d'administration et a pour mandat de :

- former, chaque fois que nécessaire, les comités de pairs requis pour l'évaluation et l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle. Formuler des recommandations sur la bonne distribution des soins et des services prodigués par ses membres, en tenant compte des conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité dans tous les programmes offerts par l'établissement;
- assumer toutes les autres fonctions qui lui sont confiées par le conseil d'administration;
- rédiger un rapport annuel à l'intention du conseil d'administration concernant l'exercice de ses fonctions et les avis qui en découlent.

Le Conseil formule également des avis au président-directeur général sur les questions suivantes :

- l'organisation scientifique et technique de l'établissement;

- les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence professionnelle de ses membres;
- toute autre question portée à son attention par le président-directeur général.

Objectifs pour l'année 2016-2017 :

- améliorer la visibilité du CM;
- promouvoir et soutenir les pratiques exemplaires et les activités d'amélioration de la qualité dans les services dispensés par ses membres;
- améliorer l'affiliation des membres d'un réseau de santé intégré au CM.

Réalisations :

1. Le CECM a tenu six réunions. Le taux de participation a été de 85 %.

2. Le CECM a tenu une assemblée générale annuelle le 16 juin 2016.

   Conférencier :
   Le Dr Eugene Bereza a donné un exposé intitulé : « Les défis éthiques dans la prestation de soins de fin de vie ».

   Lieu : Centre de réadaptation Constance-Lethbridge.
   Taux de participation : 5 %.

3. Les 11 et 31 août 2016, la présidente et le vice-président du CECM ont rencontré Félicia Guarna, directrice des Services de réadaptation, et Barbra Gold, directrice du SAPA, pour présenter le rôle du CM et la nécessité de favoriser la participation des membres. Le comité exécutif a organisé deux événements de partage des connaissances :

   a) Le 24 novembre 2016, le Dr Richard Massé, directeur de la santé publique de Montréal et la Dre Paule Lebel, médecin spécialiste en médecine préventive, ont offert une présentation intitulée : « Comment favoriser l'inclusion et la participation sociale des aînés dans nos pratiques? ».

      Lieu : Centre de réadaptation Constance-Lethbridge.
      Taux de participation : 4,5 %.

   b) Le 8 février 2017, Anne-Marie Bellemare, travailleuse sociale, et la docteure Vania Jimenez de « La Maison Bleue » ont donné un exposé intitulé : « L'importance d'une approche interdisciplinaire en périnatalité, auprès des mères dans un contexte de vulnérabilité ».

      et

Caryn Roll, diététiste-nutritionniste du CLSC de Benny Farm a donné un exposé intitulé : « S'attaquer à la malnutrition au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal ».

Lieu : Hôpital général juif.
Taux de participation : 2,5 %.

5. Les 14 et 15 novembre 2016, trois membres du CECM ont assisté à la conférence annuelle de l'Association des conseils multidisciplinaire du Québec (ACMQ) à Boucherville, au Québec.

6. Le 28 novembre 2016, deux membres du CECM ont rencontré les gestionnaires de la direction de services multidisciplinaires (DSM) afin de présenter le *Manuel des comités de pairs*.

7. Le 10 janvier 2017, la présidente, au nom du CECM, a participé à une table de consultation dirigée par le docteur Joshi et portant sur les intégrations au réseau de la santé proposées par le Dr Morin et le Dr Rosenberg.

8. Le 29 mars 2017, le CECM a soumis une lettre de recommandation à Maxine Lithwick, coordonnatrice de la DSM, et aux conseillers cliniques à la DSM, Annick Simard et Dallas Warren, sur leur offre de service à l'égard du modèle d'encadrement et de soutien.

9. En collaboration avec le service des communications, le CECM a élaboré une page Web sur l'intranet du CIUSSS qui est actuellement utilisée comme plateforme de communication principale pour la mise à jour des membres. Des sondages en ligne ont été utilisés pour évaluer les besoins des membres.

10. Les listes de membres ont été mises à jour régulièrement avec la collaboration de la Direction des ressources humaines. Le nombre actuel de membres est de 2 040.

11. Le *Manuel sur les comités de pairs* a été révisé au cours de l'année.

12. Le CECM a appuyé l'ACMQ dans sa démarche de collecte de données visant à formuler des recommandations au ministère de la Santé sur les deux dossiers qui avaient des répercussions sur les membres. À savoir le transfert des professionnels de la santé vers les GMF et le projet OPTILAB.

13. En février 2017, le CECM a formé un sous-comité sur le budget pour évaluer avec précision les ressources humaines, financières et matérielles nécessaires pour remplir son mandat.

Résumé

Depuis que le projet de loi 10 est entré en vigueur, l'un de nos plus grands défis est de communiquer avec nos 2 040 membres qui travaillent dans 36 points de service. Malgré cela, le CM est en pleine évolution et sa position s'améliore même s'il reste beaucoup à faire pour améliorer la visibilité du Conseil.

Le CECM se doit d'y arriver afin de continuer à harmoniser les pratiques de collaboration avec tous les départements ou services et avec les autres conseils. Cette année a été marquée par de nombreuses consultations auprès des différents intervenants et gestionnaires afin de connaître et d'adapter l'objectif du ministère de la Santé d'uniformiser les pratiques dans l'ensemble de la province.

Le CECM a aussi besoin d'augmenter de façon importante ses heures de libération et son soutien clérical afin d'assumer son rôle et ses responsabilités prescrites par la loi. En ce moment, nous ne sommes pas en mesure d'atteindre les objectifs fixés par le ministère de la Santé puisque nous n'avons pas de budget indépendant alloué au CM.

Buts et objectifs pour l'année 2017-2018 :

1. Continuer à améliorer notre visibilité.

   Un plan de communication a été élaboré en collaboration avec le Service des communications. Celui-ci comprend les étapes suivantes :

   i. Visites des installations : les membres du CECM effectueront périodiquement des visites sur place afin de représenter et de rencontrer les membres;
   ii. Poursuite de l'élaboration de la page intranet du CM;
   iii. Envoi de courriels réguliers aux membres;
   iv. Utilisation de sondages en ligne pour évaluer les besoins des membres;
   v. Publications périodiques dans le bulletin 360 °;
   vi. Élaboration d'une brochure de bienvenue du CM;
   vii. Avoir une personne qui fait la promotion du CECM dans les installations qui n'ont pas de représentant du CECM.

2. Continuer à encourager et à soutenir les initiatives visant à améliorer la qualité des services et à assurer les pratiques exemplaires.

   Plan de communication relatif au *Manuel des comités de pairs*. Celles-ci concernent les étapes suivantes :

   i. Lancement de la version finale du *Manuel des comités de pairs*;
   ii. Vidéo du CM pour l'Intranet;
   iii. Visite des installations avec les membres et les gestionnaires.

3. Continuer à améliorer le sentiment d'appartenance de nos membres à leur Conseil afin d'encourager la collaboration, le partage et l'apprentissage.

   Deux à trois assemblées sont prévues, y compris l'assemblée générale annuelle, ainsi qu'une à deux séances de partage des connaissances.

Comité des usagers

Les principales activités du comité des usagers du CIUSSS portent sur la représentation, la coordination et l'harmonisation de tous les comités des usagers permanents et des comités des résidents du CIUSSS. Les comités des usagers et les comités des résidents jouent le rôle de gardiens des droits des usagers et ils favorisent l'amélioration de la qualité.

Membres du comité exécutif au 31 mars 2017

- Lucio D'Intino, president
- Gloria Freedman, vice-President (représente également le Comité des usagers auprès du Conseil d'administration du CIUSSS)
- Vic Charbonneau, trésorier

Le comité des usagers a adopté des règlements stipulant que le comité comprend tous les présidents de tous les comités d'usagers permanents du réseau ainsi que cinq membres représentant les comités des résidents.

- Kathy Assayag – Hôpital général juif
- Lucio D'Intino – Centre de réadaptation MAB-MacKay et Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
- Rodney Fishbien – CHSLD juif de Montréal
- Gloria Freedman – l'ancien CSSS Cavendish
- Mona Lefcort – Centre gériatrique Donald Berman Maimonides
- Miriam Mamane – Hôpital Mont-Sinaï
- Valerie Martin – l'ancien CSSS de la Montagne
- Debbie Schichman – Centre Miriam
- Représentants des comités des résidents : Elizabeth Sexton, Vic Charbonneau, Colette Nishizaki, Lorraine Boyle et Mario Pasteris

Réunions du comité
Quatre réunions régulières ont été tenues pendant l'année, en plus d'une assemblée extraordinaire de tous les membres de tous les comités des usagers et des résidents.

Bilan des activités
En coordination avec les Comités d'usagers des autres CIUSSS de Montréal, ainsi qu'avec les représentants des Comités des résidents, une journée d'information a été organisée au Complexe Desjardins pendant la Semaine des droits des usagers, en septembre 2016. Le Comité des usagers, en collaboration avec le CIUSSS, a également contribué à la campagne Respect. Enfin, le Comité a harmonisé une brochure sur les plaintes et les commentaires, et il contribue à la production d'un bloc-notes communautaire pour les personnes âgées, qui sera distribué partout au sein du CIUSSS.

Présentation des rapports
Chaque année, le Comité des usagers remet au conseil d'administration un rapport unifié de ses activités, incluant celles des comités des usagers et des comités des résidents. Sont également soumises une liste des enjeux prioritaires ainsi que des recommandations portant sur l'amélioration de la qualité touchant les mandats des Comités d'usagers. Des dates butoirs ont été établies pour la soumission des rapports annuels et des états financiers au comité des usagers par tous les autres comités des usagers et des résidents.

3.2.2.2 COMITE DE VIGILANCE ET DE LA QUALITE

Membres

Présidente : Dre Lucyna Lach

Membres (cinq membres selon la loi)
- Dr Lawrence Rosenberg
- Gloria Freedman
- Linda Fortier
- Allen Rubin
- Rosemary Steinberg

Membres invités
- Dre Anne Lemay
- Chantal Bellerose
- Barbra Gold
- Felicia Guarna
- Taddeu Rezanowicz

Mandat (article 181.0.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux)

Pour améliorer la qualité des services offerts dans le respect des droits individuels et collectifs, le Conseil d'administration a créé un Comité de vigilance. Ce dernier est « principalement responsable d'assurer auprès du conseil le suivi des recommandations de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services au sujet des plaintes et

interventions effectuées en vertu de la présente loi ou de la Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux ».

L'article 181.0.3 stipule que « le Comité de vigilance… [doit] recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes… [et devra] établir des liens systémiques entre ces rapports et recommandations, et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations prévues au paragraphe 3 ».

Réunions

Les membres du Comité de vigilance se sont réunis huit fois entre avril 2016 et mars 2017. Le Comité a été élargi pour comprendre des représentants importants du Service de santé mentale (Taddeus Rezanowicz), du programme de Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) (Barbra Gold) et du Service réadaptation et déficience (Felicia Guarna). Cette nouvelle composition du Comité assure la représentation et l'intégration des cinq missions principales du CIUSSS.

Au cours de l'année, les membres du Comité ont examiné plusieurs rapports et données et écouté les exposés des chefs de divers services professionnels, notamment :

- Prévention et contrôle des infections (Dr Yves Longtin et Silvana Perna)
- Accréditation
- Rapport sur la gestion des risques intégrée (deux fois)
- Erreurs médicales
- Gestion d'événements sentinelles
- Visite ministérielle au sujet des résultats sur la qualité du Milieu de vie présentés dans le rapport sur les soins de longue durée
- Rapport de la commissaire aux plaintes
- Rapport du comité de révision
- Exposé par le directeur des soins infirmiers sur les cloches d'appel et tableaux blancs
- Observations sur les établissements de santé mentale (Linda Fortier)

Au cours de chaque exposé, les conférenciers ont décrit les plans visant à résoudre les problèmes relatifs à la qualité des soins ou expliqué les mesures mises en œuvre à la suite des recommandations formulées. Les exposés ont souligné l'importance de veiller à la clarté des communications, à la cohérence des messages à l'échelle des établissements et missions, à l'application vigilante des processus en place ou recommandés, et à l'implantation suivie des recommandations afin d'assurer l'atteinte des résultats recherchés.

Ces exposés ont mieux informé les membres du comité de vigilance d'être sur les moyens pris pour traiter les préoccupations et problèmes et pour mettre en œuvre les recommandations formulées à partir des données et rapports. Au cours de l'exercice, notre CIUSSS est passé d'une organisation représentant un réseau d'institutions individuelles à un réseau de services intégré défini par des missions – services de soins primaires, services de santé mentale, services aux personnes âgées, services de réadaptation et services de soins tertiaires. Grâce à ces exposés, notre compréhension de l'approche adoptée par ces établissements pour gérer la qualité en fonction de ces missions a grandement évolué. Nous avons travaillé avec diligence – et continuons à le faire – tout en réussissant à passer d'un établissement principalement centré sur des soins actifs à un établissement chargé de toutes ces missions.

Conclusions

Ce qui suit résume nos activités, les thèmes principaux découlant de ces activités et les conclusions que nous tenons à présenter aux membres du conseil d'administration. Certaines des questions soulevées ci-dessous touchent plusieurs missions, tandis que d'autres sont uniques à une mission ou découlent d'un rapport présenté au comité de vigilance.

1. Prévention et contrôle des infections

Problème : Dr Yves Longtin et son équipe ont présenté les résultats concernant la conformité actuelle aux normes et pratiques exemplaires en matière de lavage des mains. Les stratégies pour augmenter la conformité à ces pratiques et le rôle que le conseil pourrait jouer dans les mesures de promotion de cette pratique ont été abordées.

Plan : Outre le lancement d'une campagne de contrôle et de prévention des infections et de promotion du lavage des mains, nous avons appuyé la mise de l'avant de pratiques exemplaires, augmenté les vérifications à l'échelle des établissements et veillé à la communication mensuelle des résultats aux membres de l'équipe et de l'administration. Nous avons également validé les résultats et recommandé qu'ils soient affichés dans chaque unité afin que le personnel, les patients et le public puissent les lire facilement.

Résultat : Les pratiques ont été implantées dans chaque unité de l'Hôpital général juif et sont en cours d'implantation à l'échelle du CIUSSS. Il y a eu un seul nouveau cas d'infection nosocomiale de CRO depuis avril 2017, et les objectifs pour toutes les autres infections nosocomiales ont été atteints.

2. Communication avec les usagers

Dans son rapport, la commissaire aux plaintes a soulevé plusieurs problèmes :

a. ***Problème :*** Les usagers ne sont pas constamment informés de leurs droits dans tous les établissements.
Plan : Un plan a été mis en place pour veiller à ce que les patients dans tous les établissements soient informés de leurs droits et responsabilités.
Résultat : À suivre au cours des mois à venir.

b. ***Problème :*** L'une des recommandations formulées dans le rapport sur la qualité du Milieu de vie dans les établissements de soins de longue durée est de veiller à mieux promouvoir le code d'éthique.
Plan : Même que (a), engageant la commissaire aux plaintes et le responsable du programme SAPA.
Résultat : À suivre au cours des mois à venir.

c. ***Problème :*** La réponse aux cloches d'appel n'est pas assez rapide. Nous avons écouté l'exposé de Mme Johanne Boileau, qui a abordé les moyens de réduire la fréquence de l'utilisation des cloches d'appel et d'améliorer le délai de réponse.
Plan : Lancer un projet pilote pour augmenter la fréquence des tournées des infirmières et surveiller le délai de réponse aux cloches d'appel.
Progrès/résultat : Le projet pilote a débuté.

d. ***Problème :*** Les tableaux blancs ne sont pas assez utilisés dans les salles d'hôpital. Les tableaux blancs aident à communiquer le plan des soins aux usagers tout en les informant des membres composant leur équipe. L'utilisation insuffisante des tableaux blancs reste problématique.
Plan : Ce plan sera abordé lors de notre prochaine réunion.
Progrès/résultat : Le plan a débuté.

e. ***Problème :*** Téléphones – plus particulièrement comment on répond au téléphone, les temps d'attente pendant les appels et l'orientation de l'appelant au service concerné. Toutes ces questions représentent une préoccupation constante.
Plan : Un nouveau système de réponse téléphonique est en cours d'installation. Un projet de formation du personnel de première ligne affecté aux appels est également en place (élément de la Campagne sur le respect).
Résultat : À suivre au cours des mois à venir.

3. Veiller à la qualité des soins

a. Santé mentale

Problème : Organisation de l'espace et des soins tout en traitant les usagers souffrant de détresse mentale aiguë dans le Service d'urgence et dans l'Unité interne de psychiatrie.
Plan : Des changements seront apportés à la structure administrative du Service d'urgence en ce qui a trait à la relation de travail entre le Service de santé mentale

et le Service des soins infirmiers. Un projet de rénovation de la salle d'hôpital a également été mis au point, approuvé et lancé.
Résultat : À suivre au cours des mois à venir.

Problème : Demande d'intégrer et, par conséquent, d'augmenter la promotion des indicateurs en santé mentale en vue des rapports d'évaluation de la qualité.
Plan : Les indicateurs ont été déterminés.
Résultat : À suivre au cours des mois à venir.

b. Erreurs médicales et sécurité

Nous avons écouté un exposé sur les erreurs médicales et élaboré des plans pour les éviter. L'implantation d'un bilan comparatif des médicaments au départ reste problématique.
Nous avons écouté un exposé sur la gestion des événements sentinelles et reçu un rapport portant particulièrement sur la sécurité des médicaments.
Résultat : À suivre au cours des mois à venir.

c. Suivi des examens médicaux

Problème : Dans le cadre d'un rapport présenté par le comité de révision, Vivian Konigsberg a relevé un retard important des cas à être examinés par le médecin examinateur.
Plan : Recruter et embaucher un autre médecin examinateur.
***Résultat* :** Un médecin examinateur a été embauché et affecté à l'équipe.

d. Processus d'accréditation et résultat

Problème : État de préparation du CIUSSS à l'accréditation.
Plan : Bien préparer les unités à répondre au genre de questions qui seront posées et à connaître les normes qui seront évaluées par l'équipe d'accréditation.
Résultat : Nous avons été tenus constamment informés des mesures entreprises pour nous préparer à l'accréditation ainsi que des résultats de l'accréditation. Après appel, nous avons atteint un taux de conformité de 96,3 %; sur les 23 sujets ayant fait l'objet d'un appel, 20 ont été acceptés.

Nous avons récemment reçu des rapports du Programme d'expérience patient, de la commissaire aux plaintes, du comité des usagers et du conseil multidisciplinaire. Les conclusions de ces rapports ne sont pas fournies dans le présent rapport en raison de la date de l'assemblée générale. Nous n'avons pas reçu de rapport du conseil des infirmières et infirmiers ni du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Ces rapports seront exigés au cours du prochain exercice.

Nous entendons colliger les résultats de ces rapports individuels pour dégager les thèmes touchant plusieurs missions, des missions en particulier et leurs établissements. Nous voulons effectuer une triangulation des données des différents rapports et fournir des preuves quantitatives, si possible, pour démontrer les améliorations (ou le manque d'amélioration). Nous restons engagés à veiller à ce que les questions sur la qualité soient

portées à notre attention, que des solutions soient trouvées et que les résultats soient surveillés. Il est également important de noter que dans le cadre du rôle de vigilance que nous assumons conformément à la loi, nous restons engagés à nous associer avec le personnel de direction et le personnel clinique pour établir des politiques qui appuient les pratiques exemplaires ainsi que le bien-être des usagers et de leurs familles.

3.2.2.3 COMITE DE GESTION DES RISQUES

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

Membres

- Mme Chantal Bellerose, Coordonnatrice, qualité, gestion des risques, agrément, expérience-patient
- Mme Johanne Boileau,/Mme Valerie Vandal/Mme Marie-Hélène Carbonneau, Personne désignée par le PDG et DSI
- Mme Silvana Perna, Coordonnatrice, prévention et contrôle des infections
- Mme Marie-Claude Poulin, Conseillère, sécurité du circuit médicament
- Dre Louise Miner, Médecin, représentante de la DSP
- Mme Eva Cohen, Chef pharmacie (intérim)
- M. Dan Gabay / Mme Mary Lattas, Représentants de la DSM
- Mme Zita Krusewski, Représentant, bureau éthique clinique
- Mme Audrey Benarrosh, Représentante, DSM, stérilisation, GBM et service alimentaire
- M. Bernie Weinstein, Patient aviseur
- Dre Elizabeth MacNamara, Représentante, laboratoires
- Mme Marie Ouellon, Représentante, Direction des soins intégrés 1ère ligne
- M. Tung Tran, Représentant, Direction santé mentale et dépendance
- Mme Felicia Guarna, Représentante, Direction programme de réadaptation
- Mme Barbra Gold, représentante, Direction SAPA (programme de soutien à l'autonomie de personnes âgées)
- M. Neil Michaels, Coordonnateur, Mesures d'urgence et de la sécurité civile et de la planification pandémique
- Mme Nancy Fiset, Coordonnatrice, Service de santé et sécurité du travail
- Mme Lianne Dzygala, Chef, qualité et gestion de risques, soins aigus
- Mme Nathalie Trastour, Chef, qualité et gestion de risques, mission SAPA, réhabilitation, santé mentale et communautaire
- M. Elliott Silverman, Chef de projet senior pour le changement transfomationnel, Logistique
- M. Henry Mietkiewicz, Communications & relations médias
- M. Anthony Brown, Patient Partenaire (« patient advisor »)
- Milena Marn, secrétaire du comité

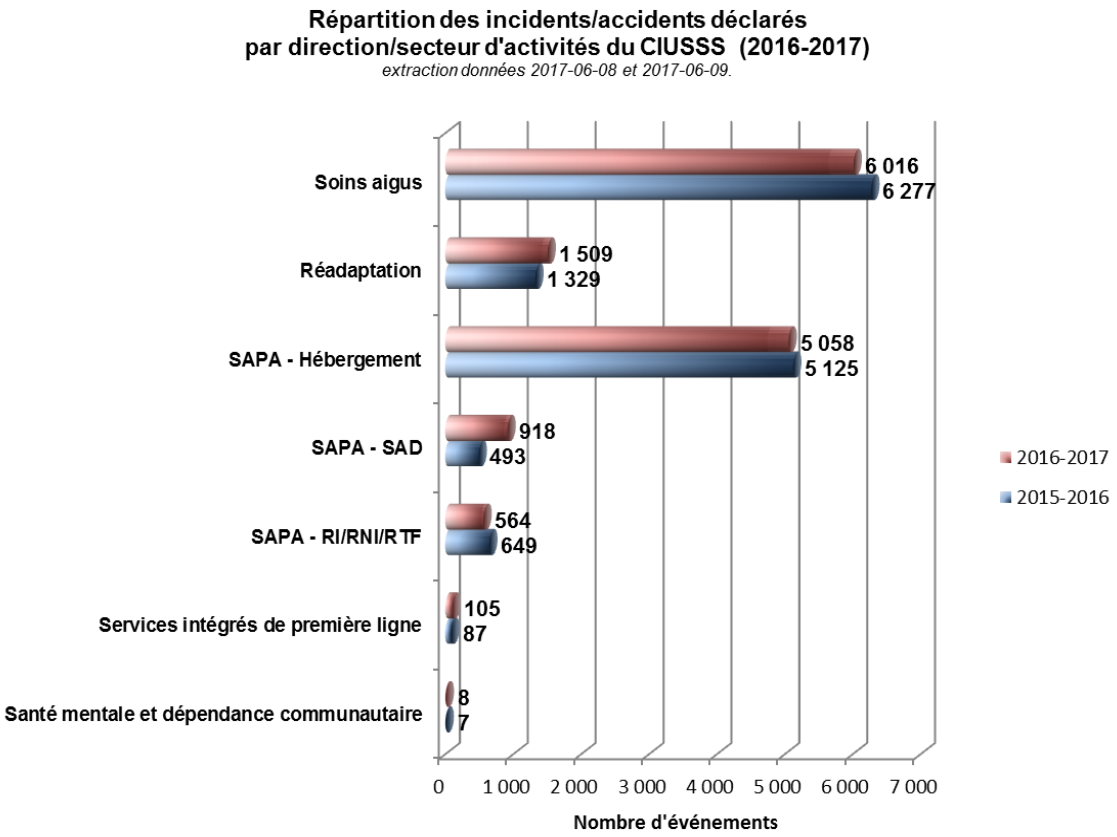
Membres ad-hoc

- Mme Joanie Robidoux, Chef du Bureau Expérience Patient
- Mme Stefania Iapaolo, Conseillière, Qualité-Risques
- Mme Brigitte Lavoie, Conseillière, Qualité-Risques
- Mme Zovig Kevorian, Conseillière, Qualité-Risques
- Mme Paula Calestagne, Conseillière, Qualité-Risques
- Mme Laurie Berlin, Conseillière, Qualité-Risques
- Mme Annie Joseph, APPR

Au cour de l'année 2016-17, le Comité de gestion des risques s'est rencontré à sept reprises et a poursuivi ses travaux concernant la déclaration, l'analyse des événements sentinelles, la prévention et le contrôle des infections, le suivi des normes d'agrément, et le suivi des différents plans d'amélioration y compris ceux donnant suite aux visites ministérielles sur le milieu de vie.

Durant l'exercice financier 2016-2017, ce sont 14 178 événements indésirables qui ont été déclarés par les intervenants de l'établissement CIUSSS par rapport à 13 967 en 2015-2017; soit une augmentation de 2 % en cette deuxième année toujours en contexte d'intégration, ce qui mérite d'être célébré. Des rapports trimestriels personnalisés sont envoyés aux équipes pour fin de plans d'amélioration.

L'histogramme suivant indique le nombre d'événements répartis par direction de l'établissement :



Le tableau suivant présente le nombre d'événements répartis par direction d'établissement et par niveau de gravité pour l'année financière 2016-2017.

Répartition des incidents/accidents déclarés par niveau de gravité (2016-2017)												
Direction/ Secteur d'activités	*Incident*		*Accident sans conséquence*		*Accident avec conséquence temporaire*			*Événement sentinelle*			*Indéterminé*	TOTAL
	A	B	C	D	E1	E2	F	G	H	I		
Soins aigusincluant psychiatrie (Hôp. Général juif)	244	2044	1344	1192	157	953	70	0	6	6		**6 016**
Réadaptation	110	252	241	489	348	47	17	0	0	3	2	**1 509**
SAPA - Hébergement	280	352	886	2 137	1 255	100	41	2	0	5	0	**5 058**
SAPA -Soins et services à domicile (SAD)	26	59	521	136	155	14	4	0	0	0	3	**918**
SAPA - RI/RNI/RTF	1	12	166	226	108	38	13	0	0	0	0	**564**
Services de première ligne	16	20	45	17	7	0	0	0	0	0	0	**105**
Santé mentale et dépendance communautaire	1	1	5	1	0	0	0	0	0	0	0	**8**
TOTAL CIUSSS - 2016-2017:	**678**	**2 740**	**3 208**	**4 198**	**2 030**	**1 152**	**145**	**2**	**6**	**14**	**5**	**14 178**
TOTAL CIUSSS - 2015-2016:	623	3 002	2 862	4 225	2 012	1 112	95	9	9	9	9	13 967

extraction des analyses sommaires soumises et fermées (SISSS/GesRisk): pour RSSS 2017-06-08 et pour SA 2017-06-09.

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

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

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

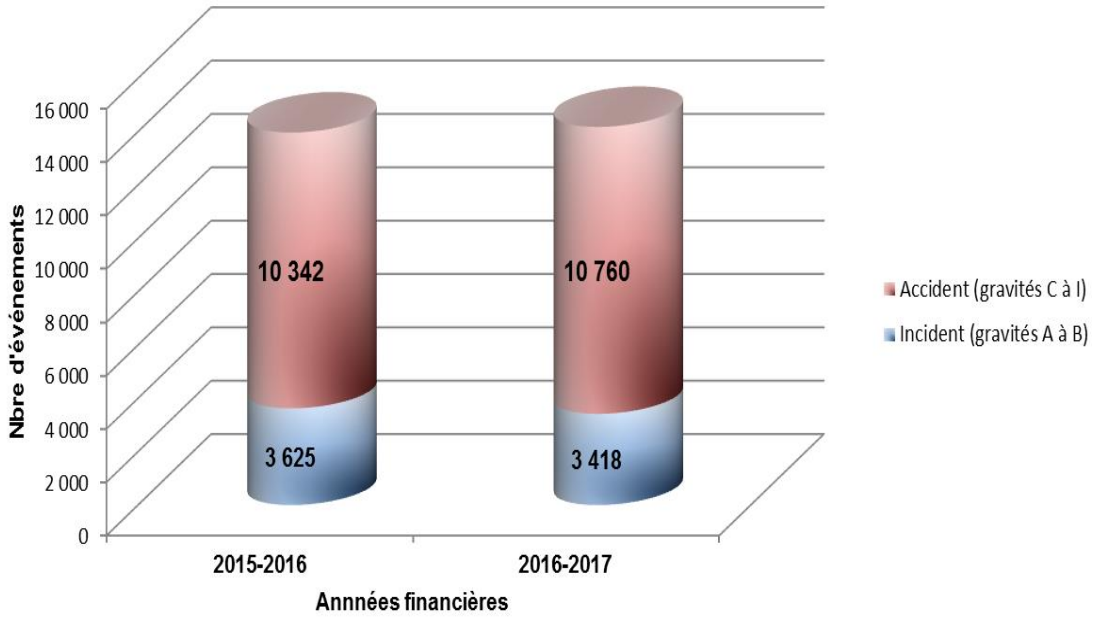
Tous les événements déclarés (incidents et accidents) sont notés selon la gravité de leurs conséquences ou des préjudices causés au patient en conformité avec les niveaux de gravité du NCC-MERP (voir le tableau ci-dessous).

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

Des événements déclarés : 76 % sont des accidents *(usager touché, gravité C à I)* et
24 % sont des incidents *(usager non touché, gravité A et B)*.

Graphique 2. **Répartition des incidents/accidents déclarés au CIUSSS, par gravité**

extraction données 2017-06-08 et 2017-06-09.



Le tableau suivant présente le nombre d'événements répartis par direction d'établissement et par type d'événement pour l'année financière 2016-2017.

Répartition des incidents/accidents déclarés par type d'événement (2016-2017)

Direction/ Secteur d'activités	Chute	Lié à la médication	Agression	Blessure d'origine inconnue	Blessure d'origine connue	Fugue	Lié aux mesures de contrôle (contention)	Plaie de pression	Tentative de suicide/ Suicide	Traitement	Test diagnostique laboratoire	Test diagnostique imagerie	Lié à la diète	Lié au RDM/MMUU	Lié au effets personnels	Lié au matériel, au équipement, au bâtiment	Autres	TOTAL
Soins aigus (incluant psychiatrie)	724	706	550	8	12	66	2	101	1	259	2659	16	31	22	46	566	247	**6016**
Réadaptation	558	457	64	52	37	10	46	3	0	28	2	0	22	0	10	49	171	**1 509**
SAPA - Hébergement	2 345	835	161	693	281	24	5	106	1	96	16	0	27	0	134	129	205	**5 058**
SAPA - SAD	105	265	10	1	0	1	0	0	0	46	22	0	0	0	4	14	450	**918**
SAPA - RI/RNI/RTF	393	82	16	15	22	6	0	1	2	3	0	0	9	0	3	6	6	**564**
Services intégrés de première ligne	5	32	1	0	0	0	0	0	0	6	14	0	0	0	0	8	39	**105**
Santé mentale et dépendance communautaire	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	7	**8**
TOTAL CIUSSS - 2016-2017 :	**4 130**	**2 377**	**802**	**769**	**352**	**107**	**53**	**211**	**4**	**439**	**2 713**	**16**	**89**	**22**	**197**	**772**	**1 125**	**14 178**
TOTAL CIUSSS - 2015-2016 :	3 946	2 397	709	795	380	102	21	212	4	527	3 086	88	94	0	192	486	928	13 967

extraction des analyses sommaires soumises et fermées (SISSS/GesRisk): pour RSSS 2017-06-08 et pour SA 2017-06-09.

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

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

- les chutes
- les événements liés à la gestion des médicaments

Pour la mission hospitalière :
Comme l'indique le tableau ci-dessus, aux événements indésirables ci-haut s'ajoutent :

- ceux reliés aux examens diagnostiques, notamment ceux liés à l'identification des échantillons prélevés chez des patients (ces derniers étant tous précisément relevés dans une base de données par les laboratoires et heureusement ayant eu peu de conséquences)

Les comités de prévention des chutes, de la sécurité du circuit du médicament et celui de l'identification sécuritaire des patients sont très actifs pour analyser les rapports d'incidents et d'accidents et trouver des solutions pouvant permettre une amélioration et présentent régulièrement au comité de la qualité et de la gestion des risques.

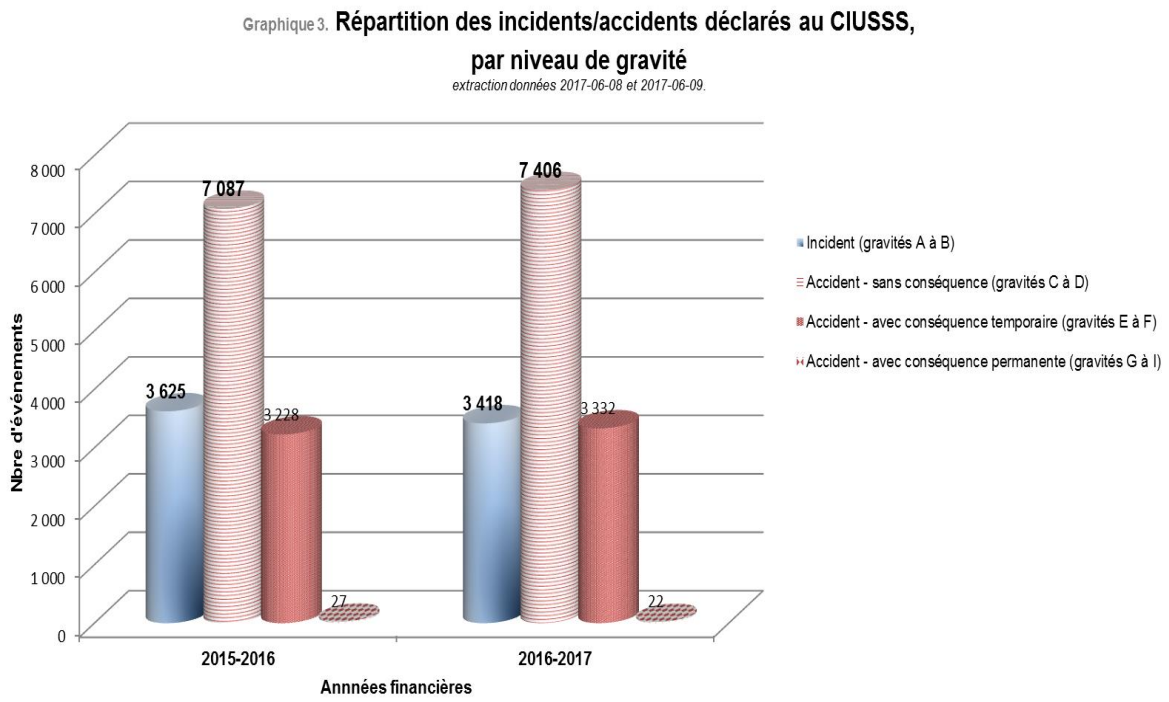
Analyse des événements sentinelles

Nous soulignons une diminution d'événements sentinelles de gravité G-H-I, soit 22 cette année comparé à 27 l'an dernier et qui ont tous été évalués lors de revues d'événements pour en ressortir les facteurs contribuant et les plan d'amélioration. Au total, plus de 50 revues d'événements ont été conduites cette année pour aussi inclure des événements hors G-H-I à risque élevé et qui méritent une étude approfondie et un plan d'action.

Thèmes récurrents :

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

- Chutes contribuant au décès ou requérant une intervention pour maintenir en vie;
- Événements en lien avec les médicaments



Objectifs CIUSSS en matière de gestion des risques

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

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

- les semaines de la sécurité afin de sensibiliser les équipes de soins et de services ainsi que les usagers, les semaines du mois d'octobre 2016;
- des activités de formation et d'orientation des intervenants et des nouveaux employés;
- des séances de formation continue sur la déclaration des incidents et accidents au personnel et aux gestionnaires et des rapports continues et personnalisés avec les conseillères qualité ;
- des visites sont effectuées, à la demande et au besoin;
- des publications dans le journal de l'établissement : le 360 et sur l'intranet.

3.3 LES FAITS SAILLANTS

3.3.1 Soins infirmiers

Il est d'une importance primordiale d'offrir une expérience exceptionnelle aux usagers des soins de santé. Pour cela, il faut bien comprendre ce que vit chaque personne; le point de vue de l'usager est donc un élément essentiel pour améliorer les soins centrés sur l'usager.

À partir des commentaires des patients et des membres de leurs familles, un tableau numérique a été installé dans la salle d'attente de l'unité périopératoire de l'Hôpital général juif afin de mieux informer les familles sur l'endroit où se trouve leur proche tout au long de l'expérience chirurgicale. Mise en œuvre par l'infirmière-chef et la conseillère en soins infirmiers, cette initiative a considérablement réduit l'anxiété chez les familles qui recevaient souvent peu d'information sur leurs proches. En revanche, depuis que le tableau numérique leur indique de façon confidentielle où se trouve le patient, les parents et amis peuvent s'absenter brièvement sans craindre de rater le passage du médecin.

Les infirmières ont aussi participé à un projet issu de l'outil de mesure de l'expérience patient utilisé dans notre CIUSSS : Sondage auprès des consommateurs des hôpitaux sur les fournisseurs et les systèmes de soins de santé (HCAHPS - Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems), un sondage sur les expériences d'hospitalisation des patients. Afin d'anticiper les besoins des patients et d'y répondre de manière proactive, le projet Tournées ciblées (purposeful rounding) a été mis en œuvre en octobre 2016 avec la participation des patients et des groupes de discussion du personnel. Pour atteindre les objectifs du programme, prévenir les chutes et les plaies de lit, il faut veiller à ce que les patients soient vus toutes les heures par le personnel infirmier. Mis à l'essai dans quelques unités de différentes installations du CIUSSS, le projet sera déployé dans toutes les unités de soins au cours de la prochaine année.

La direction a pris en charge le dossier de la formation en soins palliatifs mandaté par le ministère pour améliorer les compétences des équipes de soins, afin de mieux répondre aux besoins complexes de cette clientèle. Un comité interdisciplinaire a été créé, sous le leadership de la conseillère cadre en soins palliatifs, afin d'organiser le déploiement des trois volets de formation. La formation sur les dispositions particulières de la loi a été offerte aux intervenants du CIUSSS et ensuite intégrée dans les différentes formations continues pour en assurer la pérennité. Près de 1 150 intervenants ont été formés. Une formation interdisciplinaire est présentement déployée auprès des équipes de soins à domicile et celles en réadaptation. D'autres missions suivront au printemps 2017.

Au Service des soins intensifs, les familles qui accompagnent un patient en fin de vie reçoivent un souvenir pour honorer la mémoire de l'être aimé et adoucir cette période difficile. Grâce à l'appui de l'Organisation des auxiliaires, les familles reçoivent un oreiller en forme de cœur sur lequel est imprimée la main de leur proche.

Afin de réduire les risques de delirium et d'immobilisation chez les patients âgés, la direction a mis sur pied le programme Programme d'assistance aux personnes âgées hospitalisées (HELP - Hospital Elder Life Program), avec le soutien de la Fondation de l'HGJ. Ce programme, qui fait appel à des bénévoles, est fondé sur les directives ministérielles sur l'amélioration des soins pour les personnes âgées. Il a été bien accueilli par le personnel, les patients et les familles.

Centré sur les orientations ministérielles et celles du président-directeur général, une emphase sur des projets qui permettent d'améliorer l'accès aux soins et services est au cœur de nos préoccupations et de plusieurs de nos initiatives.

Une initiative interdisciplinaire sur la planification des congés, menée par les Soins infirmiers en collaboration avec d'autres directions, a permis une réduction de la durée d'hospitalisation des patients tout en ayant une incidence considérable sur notre capacité de prodiguer des soins à un plus grand nombre de patients. Le projet a maintenant été mis en application dans tout l'Hôpital.

Soucieuse de contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins et services, la direction a bonifié son offre de services en soins aigus ainsi qu'en réadaptation. La clientèle constituée de patients de « niveau de soins alternatifs » (NSA) a été regroupée sur une même unité de soins dans le but de pouvoir offrir à ces patients vulnérables une équipe de soins multidisciplinaire mieux adaptée à leurs besoins. Depuis cette réorganisation, le volume ainsi que la durée moyenne de séjour sont réduites. De plus, ce projet a permis d'augmenter l'accès en permettant de canaliser des ressources et ainsi ouvrir d'autres lits d'hospitalisation.

Nos établissements partenaires participent également à la réorganisation des soins et des services. La direction en partenariat avec l'équipe multidisciplinaire a créé une cohorte de cinq lits à vocation subaiguë; cette initiative facilite la trajectoire d'un patient en facilitant une admission directe en provenance en provenance de l'Hôpital général juif. Soixante patients se sont prévalus de cette nouvelle offre de soins. De plus, considérant la forte demande pour des lits de soins palliatifs de longue durée pour lesquels il n'y avait aucune offre de service, il a été décidé de convertir 19 lits de soins de longue durée en lits de soins palliatifs. Des soins de vie sont maintenant offerts autant dans les trajectoires de soins de courte durée qu'en longue durée pour le bénéfice des patients et de leurs proches.

La direction est très active sur le plan de l'enseignement et offre un environnement stimulant où les infirmières et infirmiers peuvent s'épanouir et où les étudiants progressent. Il soutient l'avancement de la pratique infirmière et le désir de développement professionnel, comme en témoignent la promotion de l'éducation permanente et les activités professionnelles. Notre congrès annuel, le plus ancien sur les soins infirmiers à Montréal – « Infirmières, infirmiers : Prenez votre place ! », qui a eu lieu le 10 juin réunit plus de 150 infirmières et infirmiers du Québec et de l'Ontario. Le

conférencier principal, Philippe Voyer, Ph. D., a parlé du rôle des soins infirmiers dans l'évaluation physique et mentale des patients, et de son effet sur la qualité des soins. Un autre exposé abordait la manière dont un programme d'enseignement intensif peut améliorer la pratique clinique au chevet des patients.

Un solide partenariat entre nos infirmières chercheuses, notre équipe clinique et l'École des sciences infirmières Ingram de l'université McGill permet de transposer la recherche vers le chevet des patients. L'Unité des soins intensifs néonatals, guidée par l'équipe de direction de la recherche en sciences infirmières, en partenariat avec cinq autres hôpitaux d'enseignement universitaire et quatre universités québécoises, a reçu une subvention de 250 000 $ pour le projet « L'optimisation des meilleures pratiques infirmières au sein des unités de soins intensifs néonatals du Québec, par la création d'une communauté virtuelle de pratique » ayant pour objectif d'améliorer les soins infirmiers prodigués aux nouveau-nés prématurés et à leurs familles dans les Unités de soins intensifs néonatals. Grâce à une subvention de la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, les meilleures pratiques en soins infirmiers seront harmonisées et mises en œuvre en néonatalogie pour assurer des résultats optimaux auprès des nouveau-nés. Ainsi, la profession infirmière franchit une nouvelle étape dans la qualité des soins en intensifiant la collaboration interprofessionnelle et en favorisant un partage plus efficace des connaissances et la mise en œuvre des meilleures pratiques. La reconnaissance de l'apport des infirmières et infirmiers est ainsi reconnue tout au long du continuum de soins.

Suite à une revue exhaustive de la littérature, la Direction des Soins infirmiers a découvert un outil particulièrement intéressant, appelé le Safer Nursing Care Tool (2013) provenant du Royaume-Uni. Cet outil permet d'évaluer les besoins en effectifs nécessaires à partir des besoins des patients. Il est unique et très novateur, puisque celui-ci est étroitement lié à l'atteinte d'objectifs de qualité des soins infirmiers pour le patient. Nous avons donc rapidement établi un partenariat avec les chercheurs au Royaume-Uni pour procéder à la validation de cet outil en contexte québécois. Plusieurs étapes du processus de validation sont complétées et la visite de l'équipe de chercheurs du Royaume Uni est planifiée pour le mois de mai 2017 dans le but de compléter le processus de validation en contexte québécois. Ce projet suscite un très grand intérêt de la part du Ministère de la santé et des services sociaux qui en voit des bénéfices potentiels importants pour donner des soins sécuritaires et de grande qualité. Notre projet a été choisi comme projet pilote provincial. L'objectif du Ministère est de pouvoir exporter nos travaux à toutes les institutions de la province.

En 2016-2017, le personnel infirmier a poursuivi l'harmonisation des pratiques relatives à la prévention des plaies de pression et des chutes, et a continué d'utiliser des mesures de contrôle pour favoriser l'optimisation des meilleures pratiques infirmières dans toutes les missions du CIUSSS. Nos efforts ont ciblé l'évaluation et l'atteinte des objectifs liés aux meilleurs résultats chez les patients grâce à ces pratiques harmonisées. Des vérifications ont été effectuées régulièrement, et les données indiquent d'excellents résultats qui, dans une large mesure, satisfont aux exigences relatives aux normes établies. Une occasion

d'amélioration a été retenue dans nos établissements de soins de longue durée, où un grand nombre de résidents avaient des plaies de pression aux pieds en raison de chaussures mal ajustées. Les infirmières ont lancé un projet destiné à sensibiliser le personnel aux soins des pieds et au port de chaussures bien ajustées, au moyen d'une brochure d'information remise aux résidents et à leur famille, et d'un partenariat avec les vendeurs de chaussures.

En partenariat avec les Services professionnels, la Direction des soins infirmiers a amorcé un projet sur la pertinence de nos interventions appelé Patient Order Sets (POS). Il s'agit d'ordonnances électroniques, un outil essentiel conçu à partir d'ordonnances standardisées et fiables fondées sur un diagnostic qui aide les médecins et le personnel infirmier à offrir des soins d'excellente qualité répondant encore mieux aux besoins des patients. POS est disponible ailleurs au Canada, mais l'Hôpital général juif est le premier établissement au Québec à avoir implanté le projet. Lancé en novembre 2015 dans les unités chirurgicales, le POS a contribué à la réduction de la durée d'hospitalisation et à la standardisation des soins. À titre d'exemple, la durée d'hospitalisation pour les patients ayant subi une chirurgie colorectale a diminué de 2,1 jours (23 %) après l'implantation. En mars 2017, 11 ordonnances électroniques ont été développées et adaptées par des infirmières pour tenir compte des meilleures pratiques au Service d'urgence. Après seulement six semaines, 1 200 ordonnances ont été produites par nos infirmières. Selon le groupe Think Research (concepteur des ordonnances électroniques), ces résultats remarquables constituent les meilleures ordonnances électroniques réalisées par des infirmières au Canada. Au cours de l'année, le projet poursuivra son implantation à l'HGJ et dans l'ensemble du CIUSSS et prouvera une fois de plus la force du partenariat entre les Soins infirmiers et l'équipe multidisciplinaire.

En tant que chef de file dans la prise en charge des bactéries très résistantes, l'équipe de prévention et contrôle des infections (PCI) du CIUSSS, en collaboration avec les cliniciens de tous les établissements et de toutes les missions, a mis en place des mesures novatrices pour contrôler et prévenir les éclosions de bactéries CRO (micro-organismes résistants aux carbapénèmes). Cette démarche a exigé du leadership et une collaboration étroite des nombreuses directions, et nous sommes fiers des résultats. Le plan d'action relatif aux bactéries CRO a permis de mieux contrôler l'apparition de foyers de ces bactéries. Voici les mesures qui ont permis de faire une différence importante : regroupement en cohorte des patients infectés de bactérie CRO avec leur personnel soignant et leur propre équipement, utilisation de Nocospray après chaque départ et désinfection des surfaces souvent touchées, présence d'un gardien de sécurité 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour surveiller et documenter la pratique (et intervenir s'il y a lieu), et rencontres interdisciplinaires hebdomadaires relatives aux bactéries CRO pour faciliter la communication entre toutes les missions. Nous sommes fiers de souligner qu'il n'y a eu aucune transmission de janvier à mai 2017.

En collaboration avec toutes les directions, et avec l'appui du Service des communications, une campagne multisites a été lancée en mai 2016 afin d'améliorer la conformité à une bonne hygiène des mains. L'utilisation des médias sociaux, de vidéos,

de concours, et des vérifications de l'hygiène des mains partout au CIUSSS avec la diffusion des résultats aux gestionnaires supérieurs, aux chefs de service et aux employés de première ligne nous ont aidés à progresser vers notre objectif de 80 %. L'équipe de PCI a également mis sur pied un projet novateur au Centre de médecine familiale Goldman Herzl, en invitant les patients à participer à la vérification de l'hygiène des mains. Tout cela s'est traduit par une augmentation de la conformité à 82 %.

3.3.2 Services multidisciplinaires

Physiothérapie, ergothérapie et services sociaux

i. Planification des congés complexes

Le projet Planification des congés complexes a été mis en place en collaboration avec la Direction des soins infirmiers. À l'Hôpital général juif, des professionnels chevronnés en réadaptation et des coordonnateurs du service social ont été jumelés à quatre unités (6e étage du pavillon K, 8 nord-ouest, 7e étage des pavillons C et D, et 8 ouest), qui ont toujours un nombre important de patients dont la condition exige une planification de congés complexe.

Les responsables de la Réadaptation et des Services sociaux participent à des conférences multidisciplinaires hebdomadaires, en plus d'au moins une réunion hebdomadaire. Ces intervenants aident l'équipe à identifier les cas complexes et les problèmes particuliers touchant les systèmes et les patients, ils voient à ce que les services de réadaptation et de suivi psychosocial appropriés soient mis en place en temps opportun. Les responsables de la réadaptation sont les personnes ressources pour l'équipe, et ils aident à gérer les obstacles au flux des patients. Quant aux responsables psychosociaux, ils aident à éliminer les obstacles au moment des congés, que ce soit en raison de problèmes tels que difficultés financières ou dynamiques familiales complexes et inaptitudes. En étant présents lors des conférences et des réunions, ils fournissent des suggestions et du soutien pour faciliter le retour à domicile comme premier choix.

Depuis la mise en œuvre de ce projet, on constate une diminution de la durée des séjours pour les patients ne nécessitant pas un niveau de soins alternatif. Des améliorations ont aussi été observées dans le processus de planification des congés et au niveau de la communication interdisciplinaire.

ii. SARCA

Le programme SARCA (Services ambulatoires de réadaptation pour la clientèle adulte) a été officiellement implanté le 1er avril à l'HGJ, au Service de médecine physique et ergothérapie. Il a pour objectif d'offrir des services externes à la clientèle après un séjour à l'Hôpital ou en réadaptation, ou après une visite au Service d'urgence.

Le programme a pour but d'encourager un retour à la maison avec les services SARCA, afin d'optimiser l'utilisation des lits d'hôpital et de réadaptation en diminuant la durée de séjour des patients. En 2016-2017, 303 patients ont bénéficié du programme SARCA, qui a donné d'excellents résultats en offrant des services ambulatoires afin d'améliorer le flux des patients à l'HGJ et dans nos centres de réadaptations et nos CLSC.

Audiologie

Le Service d'audiologie de l'HGJ a intégré à son offre de services la détection des syndromes vestibulaires et des troubles d'équilibre afin de mettre en place les meilleures pratiques et de satisfaire à la demande croissante des médecins en otorhinolaryngologie. Cette nouvelle évaluation diagnostique aide à distinguer les problèmes périphériques et centraux pour une meilleure prise en charge des patients. L'évaluation offerte par les audiologistes donne des diagnostics plus précis des syndromes vestibulaires et des troubles d'équilibre pour aider les médecins en ORL à recommander un traitement approprié. Les résultats de ces examens ont permis d'améliorer la qualité, l'uniformité et l'accessibilité des traitements pour les patients présentant des symptômes du syndrome vestibulaires.

Anesthésie

Le Service d'anesthésie de l'HGJ est fier d'être parmi les premiers au Québec à avoir adopté le dossier électronique et l'archivage automatisé. Cela permet d'obtenir des enregistrements plus sécuritaires et plus lisibles et de transférer l'information sur les patients pendant la période peropératoire et le rétablissement postopératoire.

Physiologie respiratoire

La Division de physiologie respiratoire a développé son savoir-faire dans le traitement de l'épanchement pleural malin récidivant et la mise en place de cathéters Pleurx, maintenant devenue la norme en matière de soins. Ce petit cathéter contribue à améliorer la qualité de vie des patients en éliminant les symptômes associés à l'épanchement pleural malin récidivant. Les patients n'ont plus à être hospitalisés, et la procédure s'effectue en moins de 90 minutes. Le patient se rend ensuite dans un CLSC deux fois par semaine pour le drainage et le suivi. Les complications sont très rares et seulement 2 % des patients qui ont dû revenir à l'hôpital.

Radiologie

La nouvelle équipe de direction a adopté la méthodologie LEAN Six Sigma pour la première étape d'amélioration des listes d'attente des patients ambulatoires pour la tomodensitométrie et l'IRM. Ce changement a permis d'améliorer la gestion des listes

d'attente et l'accès des patients à l'imagerie. Le respect des cibles de temps d'attente est passé de 21 % à 85 % pour les tomodensitométries, et de 15 % à 81 % pour les IRM.

Génie biomédical

Grâce à son leadership renouvelé, le Service de génie biomédical a tissé de nouveaux liens avec le Ministère de la Santé. Le CIUSSS peut ainsi bénéficier d'un financement record de 13,8 millions $ pour le remplacement d'équipement médical du Service de radiologie et des divisions de médecine nucléaire, de dialyse, d'endoscopie et de radio-oncologie.

Le Service a également mis en œuvre une nouvelle infrastructure de priorisation de l'équipement au CIUSSS. Cela s'est traduit par une nouvelle méthodologie (algorithme de données), ainsi qu'un nouveau comité des structures où chaque mission clinique du CIUSSS est représentée.

3.3.3 Services intégrés de première ligne

La consolidation de la direction de 1ère ligne a été la base de la mise en place de plusieurs projets novateurs, afin d'assurer une meilleure prise en charge en 1ère ligne de notre population, ainsi que pour répondre aux objectifs suivants :

A) Une meilleure accessibilité aux services par :
   - une décentralisation des services cliniques dans nos 14 GMF
   - l'intégration des professionnels dans ces GMF, favorisant l'inscription de 66 717 personnes auprès d'un médecin de famille de notre territoire

B) Une plus grande prise en charge de la population par un médecin de famille :
   - + 13 112 sur notre territoire, pour un total de 61 %

C) Une meilleure fluidité de service entre la 1re et la 2e ligne

D) Une meilleure efficience de nos services

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

- Une démarche d'intégration de patients-partenaires dans certains comités
- L'accompagnement offert au CIUSSS de l'Est pour l'ouverture d'une 3e Maison Bleue
- Le lancement du Plan d'action régional intégré (PARI) de santé publique
- La représentation sur différentes tables régionales et nationales, pour les directeurs et directeurs adjoints, ex. : Jeunes en difficulté, Services généraux, Maladies chroniques, Violence conjugale

- Le renforcement des liens avec les organismes communautaires, depuis la création du nouveau CIUSSS
- La mise en place de la trajectoire soins pédiatriques complexes montréalais
- Mentionnons aussi tous nos projets de recherche, en tant qu'Institut universitaire au regard des communautés ethnoculturelles
- De plus, en lien avec le Plan stratégique du ministère, nous avons mis sur pied l'Unité de pratique intégrée pour les enfants ayant des troubles de développement, en collaboration avec la direction de déficience intellectuelle-trouble du spectre de l'autisme-déficience physique (DI-TSA-DP).
- Dans le cadre du Plan gouvernemental sur la prévention de la radicalisation violente, notre équipe dédiée a été appelée à intervenir, lors des attentats de Québec. De plus, nous offrons une réponse 24 heures par jour et 7 jours sur 7 à nos partenaires, par l'équipe 811/Info-Social.
- Suite au changement du contexte mondial, nous avons vu une augmentation de 466 % de demandeurs d'asile, entre janvier 2016 et mars 2017; le nombre de parrainages étatiques et collectifs reçus en 2016 fut de 1 169 réfugiés; de janvier à mars 2017, le nombre a été de 1 257.
- Les équipes du BSR (Bilan de santé des réfugiés) et de PRAIDA (Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile) ont relevé ce défi avec brio pour assurer le suivi de qualité de cette clientèle, tout en développant et en adoptant l'offre de services. Il faut également mentionner que nous avons reçu deux visites du Haut-Commissariat des réfugiés (HCR) de l'ONU, durant l'année, et qu'ils ont souligné l'excellence de notre travail.

3.3.4 Réadaptation et déficience

Le 30 octobre 2016, le **Centre de réadaptation MAB-Mackay** (CRMM) est devenu un centre public et a fusionné avec le Centre de réadaptation Constance-Lethbridge. Par cette fusion, le Centre MAB-Mackay est officiellement intégré dans le CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Le Centre MAB-Mackay poursuit sa mission d'améliorer l'intégration sociale et le bien-être des personnes ayant une déficience physique et pour ce faire, les programmes et services ont été réorganisés avec succès afin que l'offre de service soit basée sur l'âge et l'étape de vie de la personne. Cette réorganisation permet d'offrir de façon plus cohérente et efficiente les services aux personnes vivant avec une déficience; le service est planifié selon le besoin de l'usager et non sur sa déficience. Malgré une réorganisation majeure sur le plan des ressources humaines, le plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience a été pour cette année encore atteint, dans la majorité des programmes. Le service d'aide à l'emploi pour les personnes avec déficience sensorielle maintient son lien avec Emploi Québec et permet à plus de 300 personnes de réaliser une intégration au travail ou aux études.

Au **Centre Miriam**, les services pour les enfants atteints d'une déficience intellectuelle ou d'un trouble du spectre de l'autisme sont offerts selon un modèle de consultation clinique, ceci a permis à plus de 15 enfants d'avoir accès au programme ICI et plus de 680 enfants d'avoir accès à des services centrés sur les besoins de l'usager et de sa

famille. La collaboration avec la Fondation Miriam a permis l'augmentation d'une ressource au sein de l'équipe CLSC pour soutenir les familles qui font face à un diagnostic de TSA pour un des leurs et à les aider à naviguer dans le système public.

Les programmes intégration communautaire et de RI-RTF font une révision de leur offre de service en appliquant le nouveau code de référence RI-RTF du MSSS. De la formation a été offerte en collaboration avec la direction SAPA et a rejoint 80% des responsables des ressources et du personnel du Centre Miriam.

L'équipe des services de l'intégration au travail du Centre Miriam a été intégrée à celle du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge afin d'offrir un plus grand éventail de services. Afin de mieux desservir la clientèle du programme d'intégration au travail, un nouveau plateau de travail a été ouvert avec la collaboration du Cirque du soleil. De plus, nous avons intégré un stagiaire du Centre Miriam dans le secteur des préposés aux bénéficiaires au Centre de réadaptation Constance-Lethbridge.

Dans le cadre de la transformation des programmes et services dans la direction, nous avons rapatrié la clientèle neuro-musculo-squelettique et rhumatologie du point de service à l'ouest de l'Île vers le siège social du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge dans le but d'améliorer l'accès et offrir un plus grand éventail de services.

Au **Centre de réadaptation Constance-Lethbridge**, il y a eu une modification de l'offre de service pour la clientèle ayant un syndrome régional douloureux complexe en fonction du plan d'action pour la prévention d'un acte suicidaire qui a été mis en place. De plus, dans le programme de l'autogestion de la douleur chronique, nous avons amorcé l'implantation d'un outil informatisé afin de bien analyser les données venant des patients « reported outcomes measures ». L'outil CHOIR (*Collaborative Health Outcomes Information Registry*) permet aux cliniciens d'avoir accès au profil global du client à jour via les informations rapportées par ce dernier et qui permettent aux professionnels de mieux intervenir.

À la **Résidence Guimont**, notre programme intense d'intervention clinique spécialisée a été reconnu par nos partenaires du CIUSSS, et nous recevons un nombre de demandes accrues de prise en charge de clients ayant des problèmes de comportement complexes. Nous avons réussi à atténuer le comportement problématique de certains clients, qui ont pu quitter l'établissement pour s'installer au sein de la communauté. Nous avons également retiré les dispositifs de contention au lit de tous les clients de la Résidence Guimont et accru leur accès aux activités comme la musique, les massages et la zoothérapie. Nous accroîtrons les services de soins infirmiers, avons réorganisé nos armoires de médicaments et implanterons prochainement des procédures rehaussant la sécurité et réduisant le risque d'erreur de médication.

La direction de la réadaptation, DP, DI-TSA a réalisé la centralisation du guichet d'accès aux programmes. De plus, cette réalisation s'est actualisée dans un travail de collaboration unique et historique où les 5 CIUSSS de l'Île de Montréal ont développé

d'un commun accord un seul modèle de demande de service, peu importe le lieu de résidence dans la région 06.

Dans **les résidences de soins de longue durée**, les professionnels en réadaptation travaillent sans relâche pour assurer des soins d'excellente qualité aux personnes âgées vulnérables. Au cours de l'année, ils ont travaillé au sein d'un groupe interdisciplinaire pour créer des programmes efficaces de prévention des chutes, de réduction des contentions et de soins des plaies.

À **l'Hôpital Mont-Sinaï**, l'objectif principal a été la réorganisation du Service de réadaptation. La création du programme de télé-réadaptation pulmonaire a connu beaucoup de succès. Constituant maintenant une ressource précieuse pour la communauté, ce programme a été l'occasion d'un partage avantageux des compétences. À la fin du mois de janvier 2017, il a d'abord été mis à la disposition de deux établissements à distance, à savoir Joliette et Verdun. Depuis, des patients de l'Abitibi-Témiscamingue en tirent également parti et des projets sont en cours pour élargir le réseau.

À **l'Hôpital Richardson**, nous avons décentralisé les services ambulatoires de neurologie et de réadaptation après un AVC pour les clients de l'Ouest de l'île vers un établissement unique, soit le point de service Ouest de l'île du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge. Cette relocalisation avait pour but de rapprocher les services du lieu de résidence des usagers et d'optimiser l'accès au continuum de soins pour les victimes d'AVC. Le transfert a débuté le 24 novembre 2016 et, en mai 2017, 15 usagers avaient reçu des services de réadaptation au point de service de l'Ouest de l'île. Beaucoup de clients se disent heureux d'avoir accès à la réadaptation dans l'Ouest de l'île, et surtout de ne pas avoir à conduire jusqu'à Montréal pour leur traitement.

Cette année a été marquée par une forte demande de lits d'hospitalisation en neurologie et en réadaptation après un AVC, pour une moyenne d'occupation des lits de 120 %. Le volume additionnel de patients référés a fait augmenter la durée de l'attente pour l'accès aux services, avec un retard moyen de 7,9 jours après que l'usager est déclaré prêt pour la réadaptation. Malgré cette augmentation, les équipes cliniques restent efficaces, avec une durée moyenne de séjour de 41,4 jours pour le programme de neurologie/AVC.

Dans le cadre du **Programme de réadaptation à domicile**, des efforts ont été déployés dans tous les secteurs pour harmoniser les pratiques et les outils d'évaluation. Nous tenons à remercier les équipes de réadaptation à domicile pour leur travail et leur contribution à l'atteinte des cibles ministérielles pour 2016-2017.

Pour terminer, nous remercions toutes les équipes de la Direction de la réadaptation pour leur engagement indéfectible envers nos clients. Malgré les nombreux changements auxquels il a fallu s'adapter pendant l'année, ils ont continué de prodiguer des soins de qualité supérieure et de maintenir l'accès aux services.

3.3.5 Santé mentale et dépendance

INTRODUCTION

Après deux années de restructuration, tant au niveau de l'organisation des équipes et des services, qu'à la structure administrative, l'année 2016-2017 aura entre autres été une année de mobilisation des équipes, de consolidation des effectifs et d'accomplissements pour la direction Santé mentale et dépendance (DSMD). La mise en place d'un nouvel organigramme, incluant un continuum de services pour la clientèle 0-25 ans, de même que l'entrée en poste de nouveaux gestionnaires nous auront permis d'établir des fondations solides pour poursuivre l'ensemble des travaux vers une intégration des services en santé mentale et dépendance adaptée aux besoins populationnels.

RELATIONS PUBLIQUES ET PARTENARIATS

Partenariat interne

- Participation de la DSMD aux Comités de coordination cliniques (CCC) jumelés aux directions des Services multidisciplinaires et des Services intégrés de première ligne.

Direction des Services intégrés de première ligne

- Développement d'un continuum en périnatalité
- Collaboration avec la Clinique jeunesse
- Transfert de ressources vers les groupes de médecine familiale (GMF)
- Collaboration et développement de mécanismes d'accès directs pour les GMF
- Projet de recherche Radicalisation

Direction des Soins infirmiers

- Rencontres statutaires mensuelles
- Depuis juin 2016, la DSMD bénéficie d'une conseillère-cadre spécialisée dans le domaine de le la santé mentale (en autorité fonctionnelle). Cette dernière intervient au niveau de l'entièreté de la trajectoire de soins en santé mentale.

Direction de la Qualité, évaluation, performance, éthique et archives

- Implantation du dossier médicale électronique
- Modélisation du guichet accès santé mentale - Adultes

Direction de la réadaptation

- Clientèle vulnérable : collaboration avec l'équipe DI-TED

Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées

- Projet pilote de lits pour la clientèle psychiatrique au CHSLD juif de Montréal
- NSA : Niveau de soins alternatifs

Direction de l'enseignement

- Harmonisation du processus de recrutement et d'accueil des stagiaires en psychologie

PARTENARIAT EXTERNE :

Ministère de la Santé et des Services sociaux – MSSS

- Tables nationales et régionales en santé mentale
- Comités régionaux : Santé communautaire, offre de services de 1re ligne en santé mentale, psychiatrie légale, hébergement et niveau de soins alternatifs (NSA)
- Centre national d'excellence en santé mentale - CNESM :
  - Centralisation du guichet d'accès santé mentale (GASM) - Adultes
  - Accompagnement et soutien au déploiement des équipes SIM, SIV[2]
  - Projet de développement d'un programme SBNI[3]

Autres établissements de santé – dossiers divers

- CIUSSS Centre Sud et la Direction Santé publique de Montréal
- CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal : Calcul du per capita, offre de services SIV
- Centre universitaire de santé McGill – CUSM : calcul du per capita, déploiement des équipes SIM, SIV

Organismes communautaires

- Ami-Québec :
  - développement d'une vidéo destinée à la communauté sur l'accès aux soins et services en santé mentale
  - soutien aux proches, présence à l'urgence psychiatrique
- Association québécoise pour les parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale – Montréal : rencontre et partenariat relativement à leurs objectifs stratégiques
- Table de concertation en santé mentale

Itinérance

- Comité directeur et sous-comités en itinérance
- Mission Bon Accueil : Projet de réaffiliation en itinérance et santé mentale (PRISM)

FINANCEMENT

- Montréal marche pour la santé mentale
- CIBC Mindstrong

---

[2] Suivi intensif dans le milieu (SIM) et Suivi intensité variable (SIV)

[3] Soutien de base non intensif (SBNI)

- Annual Movie Fundraiser (au bénéfice du Centre de développement de l'enfance et de la santé mentale)

OBJECTIFS 2016-2017

Objectif : Assurer la conformité des normes POR d'Agrément Canada en prévision de la visite de décembre 2016

- **Atteint :** Agrément réussi à 99% pour la DSMD

Objectif : Amélioration de l'environnement physique et de la sécurité des soins pour les usagers

- **Atteint :** Sécurisation des services internes en psychiatrie, par l'installation d'un système de contrôle d'accès
- **Atteint** : Maintien des actifs immobiliers à l'édifice de l'Institut communautaire familiale de psychiatrie (ICFP) : changement des fenêtres, réparation des portes de secours et nouvelle rampe d'accès adaptée pour les personnes à mobilité réduite
- **Atteint :** Plans et financements (l'actualisation se poursuivra en 2017-2018) :
  - Nouvelle unité d'hospitalisation en psychiatrie interne (livraison prévue en décembre 2018);
  - Nouvel hôpital de jour (livraison prévue en avril 2018).
- **Atteint :** Supervision clinique pour les infirmières, de la 1re et de la 2e ligne en santé mentale :
  - Documents et outils visant à structurer la supervision clinique ont été développés;
  - Supervision clinique, de groupe et individuelle, offerte par la conseillère-cadres en soins infirmiers.

Objectif : Améliorer l'accessibilité aux services

- **Atteint**

  Urgence psychiatrique
  - Réduction des délais de consultation psychiatrique à l'urgence : < 2h = 37.1% (cible ministère 40%)
  - Réduction des délais d'attente, entre la consultation et l'admission : 29 heures en 2016-2017, comparativement à 45 heures pour l'année 2015-2016

  Services spécialisés de psychiatrie et de pédopsychiatrie
  - Révision du processus pour l'accessibilité aux services spécialisés de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie : 82 usagers en attente depuis plus de 30 jours pour l'année 2016-2017, comparativement à 484 en 2015-2016

  Guichet d'accès en santé mentale - Adulte
  - Centralisation du guichet d'accès santé mentale adulte (GASM) au CLSC Côte-des-Neiges : analyse statistique des besoins en ressources professionnelles en fonctions de la responsabilité populationnelle, harmonisation des processus en lien avec le traitement des demandes de services (se poursuivra en 2017-2018)

Objectif : Évaluation de la conformité des équipes de suivis intensifs dans le milieu (SIM) et de suivis d'intensité variable (SIV) par le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM)

- **Atteint**
  - Équipe SIM - CLSC Métro : haut niveau de conformité au modèle ACT(Thérapie d'acceptation et d'engament)[4], selon les meilleures pratiques en santé mentale.
  - Équipe SIV a obtenu son homologation pour une période de 2 ans, soit jusqu'en février 2019

Objectif : Implantation du dossier médical électronique aux services externes de psychiatrie adulte ainsi qu'à la pédopsychiatrie

- **Atteint**
  - Services externes : Dossier patient accessible (Chartmaxx) pour tout le personnel de l'hôpital, rendant le transfert d'information, aux points de transition, rapide et efficace
  - Pédopsychiatrie : En cours de réalisation

PRESENTATIONS

- Demi-journée de retraite pour le personnel de la DSMD (28 octobre 2016) – Présentations diverses sur :
  - la vision de la DSMD
  - l'application AMINY – Outil de suivi des symptômes
  - la réorganisation du GASM – Adulte
  - l'Agrément : préparation à la visite
  - la prévention du suicide
  - la Table de concertation en santé mentale
  - le projet de recherche ACCESS Esprits ouverts[5]
- Présentation du GASM – Adulte aux GMF des CLSC, ainsi qu'au Centre de crise Tracom
- Présentation scientifique mensuelle en psychiatrie *Grand Rounds*
- Prévention du suicide : Présentation du plan d'action et de l'E-Learning au Comité CIUSSS de la Gestion de la qualité, risques et éthique

ACTIVITÉS DE RECHERCHE

- Radicalisation: projet de formation et d'intervention, en collaboration avec la direction des Services intégrés de première ligne.
- Communauté de pratique en santé mentale jeunesse

---

[4] Adaptative Control of Thought

[5] Adolescents/jeunes adultes, Contact, Communauté, Engageants, Sans délai, Sans stigmatisation (ACCESS)

- Thérapie de groupe pour femmes souffrant des conséquences de l'exposition à la violence : projet en collaboration avec le département de psychologie de l'Université de Sherbrooke
- Predictive Analytics pour le GASMA en collaboration avec Phil Troy, de la direction Qualité, évaluation, performance éthique et archives
- Mindfulness : projet de thérapie cognitive axée sur la conscience dans le traitement de l'anxiété et de la dépression en gérontopsychiatrie, en collaboration avec le Dr Soham Rej

FORMATION

- Prévention du Suicide
  - E-Learning en prévention du suicide
  - Prévention du suicide par Suicide Action Montréal (SAM) pour les équipes des services ambulatoires de santé mentale de 1re ligne
- Thérapie cognitivo-comportementale (CBT)
  - Formation offerte à l'ensemble du personnel de la pédopsychiatrie

OBJECTIFS POUR 2017-2018

- Harmoniser les pratiques en prévention du suicide via le développement d'une seule politique et procédure pour les services du CIUSSS du Centre-Ouest-de-lÎe-de-Montréal
- Poursuivre le développement et l'implantation du Plan d'intervention individualisé en interdisciplinarité (PIII) pour les services externes en psychiatrie et les services ambulatoires de santé mentale de 1religne, le tout en complémentarité avec l'application Aminy
- Mise en œuvre d'un *Integrated Care Pathway* (automne 2017)
- Revoir la pertinence de l'offre de service jeunes-adultes – Continuum de services 0-25 ans
- Poursuite de l'intégration du continuum de services de la 1re et 2e ligne pour la clientèle adulte
- Mise en place de la 2e phase du GASM-Adulte, en lien avec le projet pilote du CRDS
- Poursuivre le déploiement des équipes SIM et SIV
- Développer une équipe SBNI
- Développer un modèle de collaboration et de soins partagés, entre la DSMD et les GMF
- Mise en œuvre d'un plan d'action sur la primauté de la personne
- Développement d'un projet PRISM (itinérance)
- Analyse du per capita pour la clientèle de santé mentale
- Intégration des services de gérontopsychiatrie et de psychogériatrie
- Instaurer une urgence psychiatrique
- Hôpital de jour : déterminer le modèle de soins et début des travaux d'aménagement
- Unité interne d'hospitalisation en psychiatrie adulte : projet d'amélioration à poursuivre

3.3.6 Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Volet CLSC

Atteintes RSIPA : Les équipes SAPA-CLSC ont relevé avec force le défi de compléter les évaluations de besoins (OÉMC) et compléter les plans d'intervention associés (PSIAS) pour la clientèle du soutien à domicile. Ainsi, alors que la cible de 2020 est de 90 % d'atteinte, nos équipes ont obtenus 89 % en 2016-2017. Un très bel accomplissement compte tenu de la charge de travail demandée pour y arriver.

Intensité des services : La cible de 784 500 heures directes de services à domicile pour la clientèle a été atteinte une fois de plus cette année.

Développement financier : Tel qu'annoncé au cours des derniers mois, le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal a reçu 1 956 000 $ afin d'intensifier le soutien à domicile et augmenter le nombre d'usagers différents vus par nos intervenants. Le virage vers le soutien à domicile va bon train.

Harmonisation des soins palliatifs : Le secteur ouest des équipes SAPA-CLSC a mis en place son équipe dédiée de soins palliatifs afin de pouvoir offrir des services concertés à sa population qui émet le désir de décéder à la maison plutôt que dans un milieu hospitalier. Il reste cependant du chemin à faire afin de pouvoir rejoindre davantage de personnes et les accompagner dans cette dernière étape importante de la vie.

Visite d'Agrément Canada : En décembre 2016, le SAPA-CLSC recevait la visite d'une équipe d'Agrément Canada, suite à leurs différentes tournées. Nos équipes ont eu 96 % de conformité avec les normes d'Agrément Canada.

Développement du comité de qualité avec le patient-partenaire : Suite à la visite d'Agrément Canada, le SAPA-CLSC a mis en place un comité qualité incluant la participation d'un patient-partenaire. Ce comité vise à concrétiser un plan d'action et mettre en place des mesures qui permettrons à nos équipes d'être constamment en amélioration continue soit en terme de processus, que de façons de faire, etc. Les priorités sont établies par le comité annuellement.

Appel d'offre pour le développement de 96 lits en ressource intermédiaire : Notre CIUSSS s'est vu confier par le MSSS, le développement d'une nouvelle RI de 96 places nous permettant ainsi de mieux répondre aux besoins de notre population âgée en perte d'autonomie pour laquelle le domicile conventionnel ne convient plus à cause des multiples déficiences.

Télésoins : Cette année, le SAPA-CLSC se lance dans l'aventure des TÉLÉSOINS via un programme du RUIS McGill intitulé « La Télésanté simplifiée ». Deux infirmières cliniciennes prennent en charge une clientèle avec maladies chroniques chez nos 65 ans

et plus. Le programme a obtenu 100 licences dont 50 tablettes électroniques pour pouvoir rejoindre la clientèle et dispenser les services autrement.

Ligne Aide-Abus Aînés : La Ligne Aide-Abus-Aînés (LAAA) a reçu 3 822 appels de la population et 345 appels de consultation des professionnels. Un intérêt marqué du MSSS et du ministère de la Famille pour les diverses formes d'abus auprès des aînés vient soutenir le développement de cette ligne provinciale.

Volet hébergement

L'année 2016-2017 fut une année bien remplie au SAPA-hébergement. En effet, nous avons travaillé d'arrache-pied pour être fin prêts pour la visite d'Agrément Canada en décembre 2016.

Nous avons également participé cette année au projet NSA du ministère de la santé et des services sociaux (MSSS). Pour ce faire, nous avons acheté des lits dans différents CHSLD privés non conventionnés et RI à proximité de notre CIUSSS. Ces 80 lits contribuent au désengorgement des hôpitaux. Ce plan transitoire est en place jusqu'en mars 2019.

Cette année nous avons également poursuivi notre projet d'élimination de la main d'œuvre indépendante (MOI). Nous sommes fiers de l'avancement fait dans ce dossier cette année. Depuis janvier 2017 nous n'utilisons plus de MOI au CHSLD St-Andrews. Le plan est de poursuivre l'élimination sur les quatre derniers sites en 2017-2018.

Un autre projet que nous avons mené cette année fait suite au *Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD* organisé par le MSSS en novembre 2016. Nous avons réalisé une étude approfondie des ratios à respecter selon les recommandations de monsieur Voyer. L'analyse fut réalisée par centre, par unité et par quart de travail. Le montant nécessaire, afin de suivre les recommandations de Voyer, serait de 3,5 millions de dollars. Le montant accordé du MSSS est de 1,4 millions pour notre CIUSSS. Nous avons donc dû prioriser les centres qui étaient plus dans le besoin. 24 postes ont été créés en mars 2017 et seront dotés en avril 2017. De plus, des travaux sont en cours avec différentes directions (service alimentaire, services techniques, réadaptation, etc.) afin de respecter les cinq grands engagements des PDG sur les meilleures pratiques en CHSLD.

Nous avons été informés en janvier 2017 qu'un autre projet allait se mettre en branle en 2017 : des rénovations majeures au CHSLD Henri-Bradet. Pour diminuer au minimum les impacts des rénovations sur les résidents, familles et personnels soignants, et d'accélérer au maximum les travaux, il a été décidé que deux unités de vie devront être déménagées à l'hôpital général juif de Montréal (HGJ) pour une période de 18 mois. L'équipe de transformation du CIUSSS fût mise à contribution pour la logistique de ce projet d'envergure. Nous entrevoyons ce projet de façon très positive car les résultantes représentent une amélioration de l'environnement physique du milieu de vie de ces

résidents et leur famille ainsi que du milieu de travail du personnel soignant. Le projet débutera en mai 2017.

Finalement, nous croyons important de reconnaître le travail du personnel travaillant en CHSLD. Le recrutement dans ces milieux peu s'avéré ardu parfois. Nous avons donc organisé différentes activités de reconnaissance tels que : BBQ, cérémonie de reconnaissance pour année de service, party du temps des Fêtes, etc. Ces évènements sont pour nous une façon de retenir notre personnel en place et assurer une qualité et une continuité des soins à notre clientèle.

Comités consultatifs

La loi sur les soins de santé prévoit la création d'un comité consultatif pour chaque établissement regroupé, à la demande de la Fondation et de la Corporation.

Le rôle du comité consiste à :

- informer le Conseil des besoins particuliers;
- présenter des recommandations sur l'organisation et son fonctionnement;
- assurer la liaison avec la Fondation, la Corporation et différentes communautés;
- présenter des recommandations sur la langue, la culture, l'historique et le caractère local, la prestation de soins de qualité supérieure, et l'innovation;
- approuver toute proposition de changement de nom d'un établissement.

Chaque comité comprend sept membres désignés conjointement par la Fondation et la Corporation, qui sont ensuite nommés par le conseil d'administration. Voici la liste des membres pour 2016-2017.

Comité consultatif du Centre gériatrique Donald Berman Maimonides

- Murray Goodz, président
- Danny Baum
- Michael Corber
- Dr Brian Gore
- George Landau
- Leonard Lewkowict
- Larry Naschen

Comité consultatif du CHSLD juif de Montréal

- Don Prinsky, président
- Bram Freedman
- Syd Gartner
- Dr Mark Karanofsky
- Murray Kotler (remplacé par Diana Schweitzer)
- Sandy Sitcoff
- Brad Steinmetz

Comité consultatif de l'Hôpital Mont-Sinaï

- Brian Becker, coprésident
- Elliot Bier, coprésident
- Ruth Kovac
- Leon Krolik
- Dre Nathalie Saad
- Dr Norman Wolkove
- Susan Wener (remplacée par Mitchel Kendall)

Les comités se rencontrent depuis avril 2016, et il est essentiel de les garder informés de tous les enjeux importants. Le travail de préparation des comités a été effectué en collaboration avec Eric Maldoff, que nous tenons à remercier, ainsi que les membres de son équipe.

3.3.7 Recherche

L'Institut Lady Davis

L'Institut Lady Davis (ILD) de l'Hôpital général juif mène des recherches en laboratoire et aussi en clinique. Nos cliniciens et nos chercheurs mettent beaucoup l'accent sur l'activité translationnelle dans le but d'améliorer la santé des patients du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et de contribuer au progrès de la médecine, tant à l'échelle nationale qu'internationale.

Parmi nos innovations les plus marquantes, mentionnons notre participation au développement de **la technologie nanorobotique** révolutionnaire basée sur l'utilisation de bactéries spéciales dirigées par un champ magnétique pour administrer la chimiothérapie directement à la tumeur, avec une toxicité minimale pour les tissus sains environnants. La preuve du concept a été démontrée sur des cellules colorectales cancéreuses, et le Centre du cancer Segal ouvrira une Unité de recherche periopératoire afin d'effectuer des essais cliniques. L'Unité sera située au centre de traitement de radio-oncologie, afin d'aider les patients atteints de cancer à un stade avancé qui autrement présenteraient un risque sérieux de récidive locale ou qui seraient même considérés comme incurables. Les progrès dans ce domaine au Québec auront une incidence importante sur ces patients, qui sont souvent envoyés aux États-Unis pour y subir des traitements à grands frais. Les responsables cliniques du projet sont les Drs Té Vuong et Gerald Batist. Il est intéressant de souligner que cette recherche a reçu le prix du public « Découverte de l'année 2016 » décerné par Québec Science.

Le Réseau canadien pour les études observationnelles sur les effets des médicaments (RCEOEM), basé au Centre du cancer Segal, a vu son financement de 17,5 M$ renouvelé pour cinq ans par les Instituts de recherche en santé du Canada. Le Dr Samy Suissa a été nommé directeur du réseau pour un second mandat. Voilà qui confirme l'importance des études menées par le RCEOEM sur l'efficacité et l'innocuité des médicaments utilisés

pour traiter les patients, et leur contribution méthodologique à l'épidémiologie. Les chercheurs du RCEOEM ont étudié les risques d'effets secondaires de plusieurs médicaments populaires, incluant les statines, utilisées pour contrôler la pression sanguine, et les médicaments à base d'incrétine, utilisées pour traiter le diabète. Ces études fournissent des données importantes pour guider les médecins lorsqu'ils prescrivent des traitements à leurs patients.

Un investissement de 4 M$ du gouvernement du Canada, par l'intermédiaire du Fonds stratégique des institutions postsecondaires et de la Fondation de l'HGJ, aidera à la mise en œuvre d'une plateforme opérationnelle pour **la recherche clinique transformationnelle**, allant des études démographiques à un programme d'essais cliniques multidisciplinaires. Ces fonds serviront à renforcer nos équipes de recherche clinique multidisciplinaires en nous donnant la possibilité de consolider et d'élargir notre capacité de mener des recherches sur les soins de santé personnalisés et des essais cliniques portant sur des thérapies novatrices.

Le Dr Ernesto Schiffrin s'est exprimé abondamment et il a publié plusieurs articles sur les mesures préventives à adopter pour alléger le fardeau que représente **l'hypertension** pour le système de santé. À cette fin, il a utilisé sa stature, ainsi que les plateformes nationale et internationale auxquelles il a accès en tant qu'ancien président de la Société d'hypertension du Québec et de la Société internationale d'hypertension, et comme rédacteur de l'American Journal of Hypertension. À ce jour, l'hypertension reste le facteur de risque le plus important en ce qui a trait aux problèmes de santé à l'échelle mondiale. Le Dr Schiffrin préconise le suivi des patients par la mesure automatique de la tension artérielle, pour que les cas de pression élevée soient détectés plutôt que surtraités. Son programme de recherche de base est axé sur des approches novatrices de diagnostic et de traitement de l'hypertension qui permettront une intervention précoce pour arrêter la progression des lésions cardiovasculaires. Il sera ainsi possible de réduire davantage l'impact de la maladie sur la qualité de vie des patients et sur le système de santé.

Le Dr Alexander Thiel est un neurologue qui utilise l'imagerie et la stimulation non invasive du cerveau pour **accélérer la récupération après un accident vasculaire cérébral**. Son programme de recherche sur la neuroplasticité est le premier du genre au Canada. Essentiellement, il optimise les perspectives de guérison en transposant la technologie de la recherche directement au chevet du patient, permettant ainsi de traiter le patient lorsqu'il vient de subir un AVC. Le Dr Thiel est actif au sein du Réseau de bio-imagerie du FRQS et il maintient des collaborations nationales et internationales.

Les recherches du groupe **VIH-sida** sont axées sur l'élaboration de stratégies curatives. D'importants progrès sont réalisés actuellement dans ce domaine. En particulier, de nouveaux outils sont développés pour atteindre les réservoirs où le virus persiste à l'état latent. Ces réservoirs survivent à l'assaut des traitements antiviraux et sont le principal obstacle à l'éradication du virus chez les patients. La technique d'édition génomique CRISPR/CAS fait actuellement l'objet d'une étude visant à établir son potentiel pour faire progresser le traitement du VIH. Sous les auspices du Consortium canadien de

recherche sur la guérison du VIH (CanCURE), dont le Dr Andrew Mouland est un des chercheurs principaux et auquel participent d'autres membres de l'ILD, des modèles animaux ont été développés pour faire l'essai de traitements possibles.

L'ILD a **réorganisé ses axes de recherche** en 2016-2017. Le nouveau regroupement comprend la recherche sur le VIH/sida, la maladie hémovasculaire, la neurodégénérescence et le vieillissement, et la recherche sur les cellules souches, maintenant réunis en un seul axe de recherche : médecine moléculaire et régénérative. Cette reconfiguration promet de favoriser une collaboration unique et de susciter de nouvelles idées en réunissant des chercheurs de différentes spécialités.

Volets social et communautaire

Institut universitaire (IU) au regarde des communautés ethnoculturelles

En 2016, notre Institut universitaire (IU) au regard des communautés ethnoculturelles, par l'entremise des chercheurs membres du centre de recherche SHERPA, ont été extrêmement sollicités pour leur expertise conseil et leur participation à des activités de transfert de connaissances autour de deux dossiers d'actualité : soit l'accueil des réfugiés et la réalisation du plan gouvernemental de prévention de la radicalisation menant à la violence (2015-2018). Le leadership et la rapidité d'intervention de notre Institut dans la foulée de l'attentat de Québec le 29 janvier dernier a notamment été souligné par le sous-ministre adjoint du MSSS dans une lettre adressée au PDG de notre CIUSSS.

Dans le dossier spécifique de la prévention de la radicalisation, nous avons réalisé :

1. une revue systématique de la littérature sur les facteurs de risque et de protection à la radicalisation violente et sur les programmes de prévention et d'intervention;
2. une vaste étude (1 300 répondants) sur les facteurs de risque et de protection du soutien à la radicalisation violente auprès de la population des Cégépiens québécois;
3. l'élaboration, la mise en œuvre et l'animation de modules de formation destinés aux professionnels du réseau de la santé et des services sociaux (partenariat avec le MSSS) et du réseau de l'éducation (partenariat avec le MELS) – 263 professionnels ont reçu la formation depuis septembre dernier;
4. et l'obtention d'un financement d'équipe FQRSC « La radicalisation : comprendre pour mieux agir » (2016-2020).

Dans le dossier de l'accueil des réfugiés, nous avons :

1. organisé un colloque, « accueillir les réfugiés : pratiques et politiques », qui a rejoint plus de 300 participants de différents secteurs;
2. assumé la codirection du Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile;

3. et amorcé une série de rencontres avec des acteurs clés autour du dossier des immigrants qui traversent clandestinement la frontière américaine.

Au-delà de la réponse ciblée à différents mandats confiés par le MSSS, des activités régulières autour d'une programmation de recherche riche et d'activités de transfert de connaissances variées assurent l'avancement des connaissances en matière d'intervention de première ligne en contexte interculturel ainsi que la formation des professionnels à cet égard.

Notons, entre autres, les formations interculturelles de bases (266 intervenants formés en 2016), la finalisation d'une formation en e-learning qui sera offerte aux intervenants d'Info social à l'échelle provincial ainsi que l'élaboration de modules de formation autour d'enjeux sensibles (LGBTQ racisés, mariages forcés et excision).

Établissements CRIR (CRCL et CRMM)

La recherche en réadaptation a été renforcée cette année grâce au renouvellement de l'affiliation du CIUSSS au Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR). Les chercheurs affiliés au CRMM et au CRCL ont fait preuve d'un rendement exceptionnel en recherche. Au cours de la dernière année, ils ont obtenu 66 millions $ en fonds pour la recherche active. Ils ont publié 104 articles dans des revues, livres et chapitres de livres consultés par leurs pairs, et présenté 230 communications lors de conférences auprès de leurs pairs, dont 63 comme conférenciers. Ils ont également soumis 81 manuscrits au cours de l'année.[6]

Au cours de la dernière année, 84 projets actifs ont été réalisés au CLRC (soit 17 nouveaux et 22 terminés), et 62 projets au CRMM (soit 10 nouveaux et 10 terminés). L'une des forces de la recherche en réadaptation est mise en évidence par les solides collaborations entre recherche et clinique. À titre d'exemple, notre Fondation offre aux cliniciens du temps libre pour contribuer directement au développement ou à la mise en œuvre de projets de recherche. Les projets suivants sont des exemples actuels de la synergie entre chercheurs et cliniciens :

- évaluation de l'efficacité d'une nouvelle approche de la conduite automobile;
- implantation et évaluation de l'incidence d'une clinique spécialisée dans les membres supérieurs pour les enfants souffrant d'atteintes neurologiques;
- formation donnée par un chercheur aux équipes cliniques sur l'utilisation optimisée d'équipement : *Optical Coherence Tomograph Scanning Laser Ophthalmoscope* (OCT-SLO);
- évaluation du nouvel outil normalisé de mesure de l'éclairage résidentiel (LuxIQ) pour les personnes malvoyantes qui bénéficient d'un niveau d'éclairement plus intense dans leur maison.

[6] D'après les CV de 12 des 14 chercheurs

Nos cliniciens collaborent également avec l'École de physiothérapie et d'ergothérapie de l'université McGill pour superviser les projets de recherche des étudiants : trois projets sont en cours et sept ont été soumis pour 2017-2018.

Enfin, dans nos efforts pour établir des liens entre les chercheurs et les équipes cliniques, deux diners-conférences où sont présentés des résultats de recherche ont été organisés dans nos établissements, et 22 ont été offerts en visioconférence (129 participants en tout). Différents sujets ont été traités, notamment les interventions en réadaptation après un AVC, les stratégies en cas de perte sensorielle, le retour au travail, et la douleur chronique.

CREGÈS

La mission universitaire en gérontologie sociale du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal s'actualise par le biais du Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS). En 2016-2017, le CREGÉS s'est illustré de plusieurs manières :

Dans le cadre de l'appel de projets franco-québécois en sciences humaines et sociales de l'Agence nationale de la recherche (France) et des Fonds de recherche du Québec – Société et Culture, cinq chercheurs du CREGÉS ont obtenu une subvention pour le projet PASOLO « Personnes âgées et solidarités locales ». Ce projet vise à étudier et comparer la façon dont les politiques françaises et québécoises à l'égard des personnes âgées tiennent compte des spécificités locales et influencent l'offre des services en soins à domicile.

En mai 2016, le CREGÉS a tenu son colloque annuel « Vieillir et agir dans un monde numérique » en collaboration avec ses équipes de recherche en partenariat (ACT et VIES) et en novembre 2016, il a organisé la conférence « Défis actuels et futurs des proches aidants » dans le cadre de la Semaine nationale des proches aidants en collaboration avec la Chaire de recherche de l'université Concordia sur le vieillissement et les politiques publiques. Ces deux événements ont permis de mobiliser plus de 300 participants.

L'équipe de la pratique de pointe en prévention, promotion, santé et vieillissement a obtenu l'appui du Fonds communautaire « Bell cause pour la cause 2016 » pour son projet Participe-présent, un programme visant à promouvoir la participation sociale des aînés qui vivent avec des difficultés psychosociales, avec ou sans problème de santé mentale. Ce financement permettra entre autres la diffusion de la Trousse d'animation bilingue de ce programme destinée aux intervenants du RSSS ou des organismes communautaires québécois.

La « Politique type pour contrer la maltraitance envers les résidents en milieu d'hébergement et de soins de longue durée » a été déposée en juin 2016. Pilotée par notre équipe de pratique de pointe pour contrer la maltraitance envers les aînés et l'Unité

d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (UETMISSS) du CIUSSS, cette politique type se veut un canevas pour orienter les gestionnaires du RSSS afin d'amorcer l'adaptation et l'implantation de politiques et de procédures permettant de faire face aux enjeux particuliers à la maltraitance commise à l'endroit de résidents. Afin de soutenir les gestionnaires, l'UETMISSS a également produit une revue rapide sur la contribution des télésoins aux changements d'habitudes de vie chez les personnes âgées présentant des risques cardiométaboliques.

Centre Maïmonides

L'objectif primordial du Centre Donald Berman Maimonides pour la recherche sur le vieillissement (CRV) continue d'être la génération, la dissémination et la transposition des connaissances afin d'améliorer les pratiques médicales et de soins infirmiers envers les personnes âgées institutionnalisées atteintes de démence.

Parmi les faits saillants de l'exercice financier 2016-2017, citons l'obtention de financement considérable ainsi que la réalisation de différentes activités de transposition par le biais de la (n=5) et les exposés lors de conférences et de colloques (n=19) portant sur les sujets suivants : utilisation d'antipsychotiques, utilisation de médicaments pertinents pour les patients atteints de démence, symptômes neuropsychiatriques de démence, maltraitance envers les aînés en milieu d'hébergement de soins de longue durée et la réduction de transferts potentiellement évitables à un environnement de soins aigus.

Plus particulièrement, la Dre Wilchesky a reçu 1 005 316 $ des Instituts de recherche en santé du Canada pour une nouvelle étude *The PREvention Program for Alzheimer's-Related Delirium (PREPARED) Cluster Randomized Trial*. Elle était également l'une des co-chercheuses relativement à cinq autres subventions de recherche (valeur totale de 2 491 842 $).

De surcroît, le CRV a participé à la transposition d'un test d'évaluation rapide du delirium (le 4AT, chercheur principal : Dr Philippe Voyer), et publié deux protocoles de revue systématique ayant trait aux soins transitoires dans les *International Prospective Register of Systematic Reviews* de PROSPERO. L'une de ces analyses, effectuées à la demande des gestionnaires des soins infirmiers, a mené à un transfert de connaissances de l'équipe de recherche au CIUSSS sous forme d'un exposé de deux heures sur les programmes publiés visant à réduire les transferts d'hôpitaux inévitables qui pourrait être été considérés pour être implantés.

3.3.8 Enseignement médical et universitaire

La Direction de l'enseignement médical et universitaire a poursuivi ses principaux chantiers de développement durant l'exercice 2016-2017. Tout d'abord, l'équipe a été enrichie par le recrutement d'un second Adjoint à la direction, chargé du développement, complétant ainsi l'exécutif de la dite Direction; ainsi que par celui de deux Agentes de planification, programmation et de recherche. La Direction a également finalisé son Plan

d'action, conformément à sa vision stratégique alignée à celle de l'établissement pour actualiser davantage la mission universitaire et académique.

Sur le plan opérationnel, l'année a été marquée par la finalisation et la diffusion de nouveaux processus dans la gestion des stages universitaires et non universitaires, après deux années de consultation et d'harmonisation des pratiques. En effet, l'accueil, l'orientation des stagiaires, la révision des formulaires en lien avec la confidentialité et les antécédents judiciaires, ainsi que l'accompagnement des superviseurs de stages ont fait l'objet de réflexion et d'implantation de nouveaux processus et projets pour faciliter les déroulements de stage dans environnement d'apprentissage en amélioration continue.

Par ailleurs, la Direction de l'enseignement médical et universitaire a été partie prenante active dans les travaux d'accréditation de la formation des étudiants de médecine de premier cycle, de l'Université McGill, l'un des partenaires stratégiques du CIUSSS dans la formation des futurs médecins. Une même implication a été significative dans le processus d'accréditation du programme de soins infirmiers de premier cycle de cette même Université, du programme de formation des infirmières praticiennes ainsi que pour le Consortium de stages en psychologie. Parallèlement à l'Université McGill, le CIUSSS Centre-Ouest a également des contrats d'affiliation avec deux autres universités: l'Université de Montréal et l'Université du Québec à Montréal (UQAM).

En matière de rayonnement, la Direction a organisé durant l'exercice une tournée à travers tout le CIUSSS, pour populariser davantage son mandat, expliciter sa vision stratégique et mettre en lumière les projets implantés et à venir. Cette tournée, baptisée Caravane de l'enseignement, a permis de rejoindre près de 150 participants, constitués essentiellement de superviseurs de stages, gestionnaires et professionnels en santé et services sociaux. D'autres caravanes seront organisées dans les prochains mois afin de poursuivre la visibilité de la Direction de l'enseignement médical et universitaire et permettre ainsi à tous les membres de l'organisation d'être informés des réalisations et projets de la Direction.

En termes de réalisations proprement dit, les tableaux ci-après illustrent les données colligées de la Direction, selon ses différents mandats :

Année 2016-2017 Stages universitaires, non-universitaires, résidences et étudiants en médecine	
Résidents (Hôpital général juif - HGJ)	363
Résidents de McGill en rotation à l'Hôpital général juif, mais basés dans d'autres CIUSSS	840
Étudiants en médecine	1 015

Stages de niveau universitaire (hors soins infirmiers-HGJ)	904
Stages de niveau collégial (hors soins infirmiers-HGJ)	382
Stages de niveau secondaire	354
Stages en soins infirmiers (Hôpital Général Juif de Montréal)	929 (universitaires et non-universitaires)
Stages en soins infirmiers et préposés aux bénéficiaires (autres sites)	365 (niveau collégial et autre)
Stages en recherche (CREGES et SHERPA)	92
Autres stages	68
Stagiaires ayant participé aux séances d'orientation	251
Séminaires offerts aux stagiaires	11
Superviseurs de stages	691

Année 2016-2017 Services bibliothécaires	
Consultations en ligne	52 284
Consultations de périodiques (JAMA, NEJM)	13 253
Consultations de bases de données	19 945
Prêts entre bibliothèques (internes et externes)	1 106
Enseignement d'ateliers (individuel et de groupe)	87
Enseignement aux patients, consultations	76
Demandes de références	743
Recherches générales	10 339
Prêt de ressources	815
Consultation de livres	853
Nombre de publications CIUSSS vendues	850
Nombre de visites à la bibliothèque	35 780 (HGJ)

Acquisitions	259
Références d'archives	16
Demande de reproduction d'archives	18
Expositions d'archives	4

Année 2016-2017 Services audiovisuels	
Affiches et illustrations médicales	134
Productions vidéo	102
Visioconférences (Hôpital général juif de Montréal : 1218; Institut de psychiatrie communautaire et familiale: 90)	1 308
Photos (patients et événements)	466
Projets d'intégration audiovisuelle de salles de conférences	32
Sessions de formation clinique, incluant les cours universitaires et autres conférences	170

Actions prioritaires de la Direction de l'enseignement médical et universitaire	
Cibles ou tactiques	**Actions réalisées ou à poursuivre**
Développer un leadership au niveau de la mission académique; et **Accroître la qualité de l'environnement d'apprentissage**	Recrutement de deux APPR et complétion de l'exécutif de la Direction; Refonte et harmonisation des pratiques d'accueil et d'orientation des stagiaires, toutes disciplines confondues; Élaboration d'une procédure sur la gestion des revenus de stages; Implantation d'un comité de formation, de soutien et de reconnaissance sur la supervision de stages; Collaboration étroite avec la Faculté de médecine de l'Université McGill en vue de répondre aux exigences d'accréditation de la formation des étudiants en médecine de premier cycle; Élaboration d'un sondage sur les besoins de formation, de soutien et de reconnaissances auprès des superviseurs de stages; Bonification du sondage de satisfaction sur la qualité des stages; Création d'un atelier sur l'Introduction à la supervision de stages; collaboration étroite avec la Direction de la Recherche pour la consolidation de la mission universitaire de l'établissement; Exploration des meilleures pratiques d'enseignement et de supervision de stages.
Enseignement aux patients	Consolider les services offerts aux patients en matière de données probantes et de références scientifiques.

Soutien aux cliniciens en termes d'accès aux données probantes	Élaboration de la vision stratégique des services bibliothécaires et audiovisuels (état de situation, forces à maintenir, enjeux et perspectives de développement); Réorganisation des services par champ d'expertise pour répondre aux attentes des professionnels cliniques en termes d'accès aux ressources bibliothécaires (références, revues, publications, etc.).
Rayonnement de la Direction de l'enseignement médical et universitaire	Collaboration étroite avec la Direction des ressources humaines, affaires juridiques et communications pour la bonification de l'onglet Enseignement sur le site WEB et Intranet de l'établissement; Tournée à travers le CIUSSS pour présenter le mandat de la Direction de l'enseignement médical et universitaire, mettre en valeur les projets mis en place et à venir pour la consolidation de la mission académique et universitaire de l'établissement.

3.3.9 Ressources informationnelles

En accord avec le plan stratégique proposé par le directeur-général, l'ensemble des ressources humaines des RI ont été mobilisée en vue d'atteindre les objectifs d'améliorer de la qualité de soins aux patients et de faciliter le travail des employés et des visiteurs/accompagnateurs.

Pour ce faire, le réseau d'accès Wi-Fi de l'Hôpital général juif a été rehaussé avec la participation de notre partenaire Telus, offrant un accès Wi-Fi gratuit dans les aires communes et un accès cellulaire amélioré dans l'ensemble de l'hôpital.

Pour les salles d'opération, la technologie offre aux accompagnateurs de suivre le cheminement de leurs proches en temps réels sur les écrans des salles d'attente. De plus, les salles d'attente de l'urgence et le nouveau centre d'hématologie ont un accès gratuit à la télé.

Enfin, les patients alités ont maintenant accès à des services multimédia évolués permettant l'accès aux chaînes de télé de choix, à l'internet, aux jeux en ligne et à l'information relative à leur condition clinique propre et d'étendre l'accès Wi-Fi à ces services pour leurs visiteurs.

Nous avons également introduit l'administration des médicaments en ligne et un système d'aide à la décision pour les diagnostiques permettant d'augmenter la sécurité des

patients à travers un logiciel appuyé sur les meilleures pratiques basée sur des évidences cliniques reconnues.

Enfin, nous avons introduit une App mobile permettant l'accès immédiat aux résultats des tests de radiologie et de laboratoire des patients à partir des appareils cellulaires des cliniciens, assurant une intervention clinique optimisée.

Notre programme de consolidation des applications clinico-administrative a été lancé avec la réalisation de la consolidation des index patients locaux de tous les sites du CIUSSS, posant la pierre angulaire de l'unification des dossiers cliniques du CIUSSS.

Pour l'année qui débute, nous avons amorcé le renouvellement et l'unification de nos divers systèmes de rendez-vous afin de faciliter l'accès aux services et d'optimiser l'expérience patient d'une façon très importantes sur tous les plans.

Nous avons de plus entrepris le remplacement de notre solution d'interopérabilité ainsi que l'unification de nos multiples systèmes de gestion : financier, approvisionnement, ressources humaines et de paie. Ces projets seront livrés au cours de 2017-2018.

3.3.10 Services techniques

L'année 2016-2017 aura été une année de grands changements pour l'Hôpital général juif compte tenu du transfert de multiples activités médicales dans le nouveau pavillon K en janvier 2016. Cette année de transition nécessitant des efforts techniques soutenus pour assurer le bon fonctionnement de ce nouveau pavillon aura ainsi pu confirmer le choix éclairé de cette nouvelle aile de soins critiques devenant maintenant partie intégrante de l'Hôpital général juif. Au-delà de ce projet majeur, les services techniques ont par ailleurs œuvré sur différents chantiers toujours dans le but d'accroitre la sécurité de nos travailleurs et patients, mais aussi d'assurer une meilleure prestation de service de soins. Parmi l'ensemble des réalisations mentionnons certaines d'entre elles.

Exercice 2016-2017 :

- Clôture du dossier éco-énergie (ESE) à l'Hôpital général juif suite à la confirmation que le projet est un succès générant des économies de 348 000 $ par an;
- Finalisation et déploiement du nouvel outil informatisé de gestion de portefeuilles de projets (Sciforma);
- Livraison d'une nouvelle unité d'hémodialyse de 37 stations dont certaines en chambres d'isolation dans l'ancienne urgence de l'Hôpital;
- Livraison d'un nouveau centre de Recherche clinique (CRU) au 6ième étage du pavillon E;
- Ouverture d'une unité de soins complètement rénovée au 7ième étage des pavillons C et D;

- Ouverture d'une nouvelle salle de Caméra Gamma en médecine nucléaire au pavillon G;
- Réaménagement des chambres de patients- phase 1 sur le site de Catherine Booth;
- Plusieurs projets techniques sur les unités de ventilation, enveloppe du bâtiment et sécurité incendie et électriques majeurs autant sur les bâtiments de l'Hôpital que dans le reste du CIUSSS.

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

- La finalisation du portrait immobilier du CIUSSS à la base du plan quinquennal des immobilisations (70% complété à ce jour);
- La réalisation de plusieurs projets de réaménagement d'unité de soins ou de recherche à l'Hôpital dont :
    - Lien entre l'entrée principale et le pavillon K
    - CETAC
    - Ajouts de 3 stations de dialyse
    - Réaménagement 6e C
    - Réaménagement du 2e et 5e B
    - Réaménagement des bureaux de l'urgence au H1
    - Réfection de la clinique du Hertzl au H2
    - Réaménagement du 3e D pour la néonatalogie
- Plusieurs projets d'intégration d'équipements biomédicaux (Spec. CT, PET, radiologie);
- Projet majeur de réaménagement du site de Henri-Bradet établi sur 14 mois avec ses sous projets au sein de l'Hôpital;
- Plusieurs projets techniques sur la sécurité incendie, la distribution électrique d'urgence ainsi que l'enveloppe du bâtiment (fenêtres, briques, toitures) autant sur le site de l'Hôpital que dans le reste du CIUSSS.

3.3.11 Achat et Logistique

La direction de la Logistique a continué de jouer un rôle stratégique au sein du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal en 2016-2017. Premièrement, les services des achats a prévu des économies de 1,3 million $ pour l'année en passant des contrats pour plus de produits et en accroissant sa participation à des achats regroupés avec Sigma Santé et d'autres partenaires.

Deuxièmement, dans le cadre du développement continu du CIUSSS, les services des achats et de Logistique ont tous deux travaillé activement avec le Service des finances pour fusionner les systèmes de planification des ressources d'entreprise de neuf établissements du CIUSSS en un seul système comprenant une base de données commune. Le projet de fusion devrait être complété en octobre 2017.

La direction a aussi mis en place avec succès un système de soutien aux cliniques de son secteur, en ce qui concerne l'orientation du ministère de la Santé sur les frais accessoires et la mesure qui est entrée en vigueur le 1er avril 2016. À partir d'une application Web, les cliniques peuvent facilement commander des articles couverts en vertu de ce règlement et les recevoir dans les 48 heures.

La Direction de Logistique a également réussi à stabiliser l'implantation des chariots de chirurgie dans les salles d'opération. De plus, travaillant en étroite collaboration avec le personnel infirmier des salles d'opération dans une activité Kaizen, l'équipe de logistique a amélioré son processus actuel en plaçant les articles les plus utilisés plus près des infirmières, au cas où elles en auraient besoin pendant une intervention. N'ayant plus à sortir de la salle d'opération pour se procurer des fournitures en pleine intervention, les infirmières pourront accorder toute leur attention au patient. Les équipes maintiendront une étroite collaboration pour apporter d'autres améliorations à ce processus.

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

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

Le chapitre III de l'entente de l'entente porte sur les attentes spécifiques du MSSS. Il s'agit essentiellement de procéder à la mise en œuvre de différents éléments de la gouvernance et de la gestion du nouveau CIUSSS. De plus, plusieurs modalités d'amélioration de l'offre de services sont aussi précisées. Certains de ces éléments sont documentés dans le tableau des résultats présentés en Annexe 3 (page 167).Voici des exemples d'attentes spécifiques auxquelles l'équipe du CIUSSS a répondu :

- Soins palliatifs de fin de vie : nous avons poursuivi l'actualisation la Loi 2 ;
- Nous avons continué coordonné l'accueil santé et services sociaux des réfugiés syriens;
- Nous avons un plan de sécurité informationnelle et débuter certains activités,
- Nous avons débuté la consolidation de nos systèmes d'informations administratifs

La très grande majorité des cibles de qualité et de performance établies par le MSSS ont été rencontrées. Les résultats obtenus pour l'exercice 2016-2017 sont présentés en annexe.

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

Pour les soins palliatifs et de soins de fin de vie, les délais d'attente en chirurgie et en imagerie médicale les résultats ne rencontrent pas les cibles. Par contre, nous observons des améliorations significatives pour l'accès à l'imagerie et la chirurgie. Pour ces aspects, des plans d'amélioration sont dressés et sont en implantation.

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

5.1 L'AGRÉMENT

Pour la deuxième année d'existence du CIUSSS, la DQEPEA a consacré la majeure partie de ses efforts à l'implantation de la démarche d'agrément. Les équipes d'amélioration continue se sont mises à l'œuvre pour effectuer dans tous les grands secteurs du CIUSSS une cartographie de la conformité aux pratiques organisationnelles requises et aux standards des épisodes de soins, services et des processus prioritaires. Cet exercice exigeant, a permis non seulement d'assurer une qualité et une sécurité accrues dans le CIUSSS, mais aussi aux équipes d'accélérer la mise en œuvre des différentes missions, leur intégration et fonctions. La visite d'agrément s'est déroulée du 5 au 9 décembre 2016. Tant les administrateurs que les gestionnaires, le personnel, les partenaires et les médecins ont reçu avec fierté un excellent rapport d'Agrément Canada avec un taux de conformité de 96,3 % aux différents standards. Déjà à la fin de l'exercice la démarche pour la prochaine visite prévue en novembre 2018 était initiée par la DQEPEA.

Tableau des résultats de la visite d'agrément de novembre 2016 (rapport avril 2017)

Ensemble de normes	Critères à priorité élevée *			Autres critères			Tous les critères (Priorité élevée + autres)		
	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.	Conforme	Non Conforme	S.O.
	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre	Nbre (%)	Nbre (%)	Nbre
Gouvernance	45 (97,8%)	1 (2,2%)	4	30 (93,8%)	2 (6,3%)	4	75 (96,2%)	3 (3,8%)	8
Leadership	46 (100,0%)	0 (0,0%)	3	91 (94,8%)	5 (5,2%)	0	137 (96,5%)	5 (3,5%)	3
Prévention et contrôle des infections	45 (95,7%)	2 (4,3%)	10	31 (96,9%)	1 (3,1%)	2	76 (96,2%)	3 (3,8%)	12
Gestion des médicaments	66 (89,2%)	8 (10,8%)	4	58 (90,6%)	6 (9,4%)	0	124 (89,9%)	14 (10,1%)	4
Santé et bien-être de la population	4 (100,0%)	0 (0,0%)	0	35 (100,0%)	0 (0,0%)	0	39 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Services de santé mentale	50 (100,0%)	0 (0,0%)	0	92 (100,0%)	0 (0,0%)	0	142 (100,0%)	0 (0,0%)	0
Services de santé mentale communautaires et le soutien offert aux usagers	44 (100,0%)	0 (0,0%)	0	93 (100,0%)	0 (0,0%)	1	137 (100,0%)	0 (0,0%)	1
Soins de longue durée	52 (96,3%)	2 (3,7%)	0	93 (93,9%)	6 (6,1%)	0	145 (94,8%)	8 (5,2%)	0
Soins et services à domicile	47 (95,9%)	2 (4,1%)	0	73 (96,1%)	3 (3,9%)	0	120 (96,0%)	5 (4,0%)	0
Total	**399 (96,4%)**	15 (3,6%)	21	596 (96,3%)	23 (3,7%)	7	995 (96,3%)	38 (3,7%)	28

Les visites ministérielles

Cette année, le CIUSSS a aussi eu des 2 visites ministérielles visant à évaluer le milieu de vie en CHSLD et RI. Des plans d'amélioration ont été élaborés dans chacun des cas.
Le CIUSSS est responsable de la qualité du milieu de vie dans ses CHSLD et les ressources intermédiaires pour les personnes âgées et pour la clientèle du Centre Miriam. L'établissement soutient et accompagne les établissements privés et les résidences privées RI-RTF de son réseau territorial dans la réalisation de leur mandat en matière de qualité et sécurité.

Tableau bilan des visites ministérielles de 2016-2017

Installation	Date dernière visite	Visite en 2016-2017	Mise à jour des plans	Nombre de recommandations
CHSLD Juif de Montréal - Kastner	2016-11-22	x		8
CHSLD Juif de Montréal - Hope	2016-11-23	x		9
CHSLD Vigi Mont-Royal*	2014-09-29			9
CHSLD Vigi Reine-Elizabeth*	2014-10-01			9
Centre gériatrique Maimonides Donald Berman	2014-11-25		x	11
Château Westmount*	2017-02-14	x		4
Hôpital Mont-Sinaï	2015-06-02		x	9
CHSLD Saint-Georges	2015-06-09			1
RI-RTF (Hébergement)	2015-09-30		x	10
Centre d'hébergement Saint-Margaret	2015-10-20		x	7
Centre d'hébergement Saint-Andrew	2015-10-22		x	6
Centre d'hébergement Father-Dowd	2016-01-26		x	8
Centre d'hébergement Henri-Bradet	2016-02-23		x	14
Centre d'hébergement Waldorf*	2016-04-06	x		12
RI-RTF (Centre Miriam - Réadaptation)	2016-06-15	x		7

5.2 LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Le service de gestion de la qualité et de la gestion des risques a produit et diffusé trimestriellement des tableaux de bord qualité et sécurité dans toutes les missions. Des travaux ont été initiés pour la mesure des résultats (outcomes) des soins et services sur la santé et le bien-être des usagers soit pour le centre de la cataracte, la neurochirurgie et la santé mentale. Le service de gestion de l'information a accru son soutien aux cliniciens et aux gestionnaires en augmentant son offre de services partout dans le CIUSSS. Les indicateurs de qualité et performance ont, entre autres, soutenu la démarche d'agrément mais aussi la gestion du flux des patients, le désengorgement de l'urgence, la mise en place de trajectoires de soins et services et des salles de pilotage, la gouvernance et la reddition de compte auprès du MSSS pour l'entente de gestion ou d'autres demandes gouvernementales.

A l'automne 2016, avec l'initiative du service des archives et de la direction des ressources informationnelles, des travaux ont débuté pour l'implantation d'un index patient maître (IPM). Cet outil permettra aux cliniciens et aux gestionnaires d'avoir accès à un identifiant unique pour chacun des usagers du CIUSSS et ainsi d'effectuer une communication rapide et sécuritaire de l'information de l'usager entre les différentes missions du CIUSSS et à l'appariement de nos informations avec celles de la RAMQ.

Un plan de sécurité informationnelle a aussi été élaboré et mis en place.

Le service d'éthique clinique a élaboré un code d'éthique CIUSSS et ceci en considérant les codes d'éthique qui prévalaient dans les établissements qui composent maintenant notre CIUSSS. Le nouveau code d'éthique ainsi que les valeurs, la vision et la mission ont été adoptés par le CA en juin 2016. L'équipe d'éthiciens diffuse depuis ce code d'éthique auprès des différentes missions du CIUSSS. Un cadre d'éthique comprenant l'éthique clinique, l'éthique de la recherche, l'éthique organisationnelle a aussi été élaboré.

Conformément aux matrices Hoshin-Kanri présentant en cascade les orientations stratégiques et les tactiques du PDG jusqu'aux équipes terrain, la direction adjointe innovation, analyse quantitative et prescriptive a soutenu les formations des équipes et l'implantation de plusieurs salles de pilotage tant au niveau stratégique, que tactique et opérationnel.

L'équipe d'analytique, sous la direction du la directrice adjointe de l'innovation, analyse quantitative et prescriptive, a soutenu la stratégie et les tactiques spécifiées par le PDG dans les matrices Hoshin-Kanri. Les réalisations spécifiques comprennent des séminaires pour aider les gestionnaires et le personnel à identifier les occasions d'utiliser les analyses pour améliorer les opérations de l'ICSSS, et une analyse de l'impact financier de la combinaison des interventions chirurgicales réalisées. De plus, une analyse de simulation des services de guichet, et des services de première ligne, a été réalisée pour aider le CUSSS à répondre plus rapidement aux besoins de santé mentale de ses clients, avec le personnel existant.

Plusieurs projets ont aussi bénéficié du soutien de la DQEPEA, soit entre autres l'unification des systèmes informatiques (paie, gestion des ressources, gestion des ressources financières et gestion des ressources matérielles, rendez-vous et gestion des activités professionnelles), l'approvisionnement du bloc opératoire, l'optimisation des services de soutien dans le cadre du mandat E and Y, la mise sur pied du centre de la cataracte, l'optimisation de la fonction dotation.

Application des mesures de contrôle des usagers

Le comité finalise actuellement une politique et procédure qui représente un grand travail d'harmonisation à travers le CIUSSS quant aux mesures de contrôle. Cette politique et

procédure est basée sur des données probantes, les plus récentes lignes directrices émanant du Ministère de la santé et des services sociaux, ainsi que des consultations multidisciplinaires dans chaque mission. Elle met l'emphase sur les mesures alternatives et vise à harmoniser la démarche décisionnelle, les outils de consentement et de surveillance, et l'approche aux mesures de contrôle chimiques.

Des audits CIUSSS sur la prévalence des mesures de contrôle physiques ont pris place aux trois mois à partir de l'été 2016. Les résultats sont présentés ci-dessous (rapport de prévalence – rapport de prévalence printemps 2017).

À l'aide des audits, les comités d'ACQ sur l'utilisation des alternatives aux mesures de contrôle de chaque mission du CIUSSS bâtit, en collaboration avec le comité central CIUSSS, des plans d'amélioration. Ces plans sont mis à jour et raffinés régulièrement à la lumière des résultats. Un plan de formation du personnel est également planifié en lien avec le déploiement de la nouvelle politique et procédure.

Rapports du coroner

- Pour le secteur des soins aigus : Un rapport de coroner a été déposé au cours de l'exercice financier 2016-2017, ayant des recommandations dirigées vers un autre CIUSSS.
- Concernant le secteur réadaptation, 3 déclarations ont été faites et nous sommes en attente de recommandations.
- Concernant le secteur hébergement : 2 déclarations ont été faites et nous sommes en attente de recommandations.

L'expérience patient-usager

L'évaluation de l'expérience usager s'est étendue dans presque toutes les missions et secteurs du CIUSSS. De fait, après la clientèle de santé physique de l'hôpital, le programme de santé mentale, l'urgence, le programme SAPA en soins de longue durée ont emboité le pas. Des plans d'amélioration sont en cours.

Des améliorations de l'expérience patient à l'hôpital sont déjà enregistrées soit au niveau de l'information fournie aux usagers (+11%), de la propreté des lieux (+13%) et de l'appréciation générale mesurée par la propension à recommander l'hôpital a d'autres patients (+9%). L'évaluation de l'expérience-patient portant sur les soins aigus offerts à l'hôpital général juif (HGJ) au sein du CIUSSS Centre-Ouest-de-L'Île-de-Montréal s'est effectué par un sondage administré de façon continue. Depuis plus de 15 ans, l'HGJ mesure et améliore la satisfaction et l'expérience-patient. Depuis juin 2015, l'hôpital a introduit le sondage sur les expériences d'hospitalisation des patients canadiens (SEHPC). Le SEHPC a été créé et validé par le groupe de travail interprovincial sur la satisfaction des patients. Cette initiative est une collaboration entre l'Institut canadien d'information pour la santé (ICIS), l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) et Agrément Canada.

En plus, de ces nouveaux questionnaires et résultats toutes les équipes ont reçu les données déjà existantes l'établissement a fait le bilan des outils d'évaluation de la satisfaction de la clientèle réalisés dans le cadre des dernières démarches de renouvellement d'agrément (soit, pour les composantes du CIUSSS préalablement inscrites dans le programme conjoint d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément ou le programme du Conseil québécois d'agrément).

L'engagement actuel de notre CIUSSS résulte en un effort concerté de recueillir, dans tous les secteurs d'activités, les outils et modalités en vigueur pour obtenir la perspective et la participation des usagers et documenter les processus révisés et les améliorations réalisées en conséquence (ex. : révision du processus d'accueil/d'évaluation/d'orientation des demandes de services/références pour le simplifier et réduire la redondance dans la collecte de données auprès de l'usager, validation systématique de l'ouverture à ce qu'un proche soit invité lors de l'établissement d'objectifs spécifiques pour l'épisode de soins/services et modification de sessions de groupe visant l'autogestion d'une condition chronique). Aussi, diverses équipes d'amélioration continue de la qualité ont identifié avec la DQEPEA des modalités à appliquer à court terme afin d'obtenir des données renouvelées sur l'expérience des usagers et, lorsque possible, de se comparer à d'autres établissements.

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

Tout au long de l'année, différentes activités soutenant la réalisation de la vision du CIUSSS se sont déroulées dont en vue d'offrir une expérience usager exceptionnelle. Le bureau d'expérience usager a recruté 13 patients/usagers partenaires qui se sont joints à différents projets, comités ou initiatives du CIUSSS. Un comité de soutien à ces usagers partenaires a été mise en œuvre et qui s'est réuni 11 fois. Les patients partenaires et représentants communautaires font partie intégrante de nos modes d'intervention depuis plus de 15 ans avec nos équipes et au comité de la qualité et de la gestion des risques.

Le bureau de l'expérience usager soutien aussi l'approche milieu de vie dans les CHSLD du CIUSSS et ceci en gérant des services de loisirs thérapeutiques offerts par 25 employés et de 15 à 20 contractants selon la saison.

Bénévoles

Le service des bénévoles et des services spirituels à procéder à une consolidation et à l'intégration de ces activités. Deux activités de reconnaissance ont été tenues pour les bénévoles du CIUSSS.

Depuis des années, les services de bénévoles de tous les établissements du CIUSSS se distinguent par la qualité de leur soutien et par le nombre considérable de leurs membres. L'esprit bénévole est tout à fait remarquable. Collectivement, ces personnes constituent la

force motrice des changements positifs et des améliorations apportées à la qualité des soins dans nos établissements et dans l'ensemble de la société. La volonté de donner de son temps continue d'augmenter, et les bénévoles jouent un rôle actif dans un nombre croissant de domaines. En plus de s'impliquer dans des projets au sein de leur établissement, ces personnes contribuent à améliorer le travail mené dans presque chaque division, clinique et service de notre CIUSSS.

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

Le Service de bénévolat du CIUSSS s'efforce continuellement de rehausser les occasions de bénévolat pour combler les besoins de nos clients. Les programmes de formation à l'intention de nos bénévoles sont conçus pour correspondre à ces besoins, que ce soit en santé mentale, en gériatrie, en réadaptation, etc. L'équipe des bénévoles du CIUSSS préconise tous les établissements comme possibilité de travail, ce qui nous permet d'apparier le savoir-faire et l'expérience de nos bénévoles avec l'établissement où ils seront envoyés.

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

	Hôpital général juif	**Nom de l'installation 2**	**Nom de l'installation 3**	**Nom de l'installation 4**	**Total établissement**
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	793				793
Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive	681				681
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	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	approx 36*
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	approx 36				approx 36

Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire	approx 36				approx 36
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	212
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)	211				211
Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	180				180
Nombre d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période du 1er avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de garde auxquels il a été soumis)	766				766

***** Les chiffres ont été actualisés depuis l'envoi des données fournies au mois de juin. En effet, les chiffres ont été validés à nouveau afin de bien classer les données selon les catégories identifiées dans le document joint à votre lettre datée du 3 août dernier.

Veuillez noter que le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Ile-de-Montréal a pris les mesures requises au cours des derniers mois afin que les données et statistiques soient centralisées au sein de son bureau des affaires juridiques, tel que recommandé.

Étant donné que cette centralisation est toute récente, une remarque s'impose relativement au nombre de gardes provisoires en vue d'une évaluation psychiatrique obtenues pour la période du 1er avril 2016 au 31 mars 2017.

En effet, nous sommes en mesure de vous confirmer que 17 gardes provisoires ont été demandées et obtenues par les avocats de l'établissement au nom d'un médecin ou autre professionnel de la santé.

De plus, nous avons reçu confirmation que 19 autres gardes provisoires ont été demandées directement par des professionnels de la santé des différents sites du CIUSSS et de ses établissements regroupés, rattachées à différents programmes et ce sans l'intervention d'avocats.

Toutefois, il est possible que des demandes additionnelles aient été présentées directement par les professionnels de la santé pour l'année financière du 1er avril 2016 au 31 mars 2017 sans qu'elles n'aient pu être comptabilisées par le bureau des affaires juridiques.

5.4 L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

Soumis par
Rosemary Steinberg, MSW
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Le présent rapport, qui se termine à la page 153 de l'Annexe 2, a été téléchargé sur le site Web du CIUSSS, à l'adresse http://www.ciusss-centreouestmtl.gouv.qc.ca/fileadmin/ciusss_coim/CIUSSS/Rapports/Rapport%20de%20la%20Commissaire%20aux%20plaintes%20et%20a%20la%20qualite%20des%20services%202016-2017.pdf. Les faits saillants du dit rapport seront également présentés au cours de la deuxième Assemblée publique d'information annuelle du CIUSSS, en novembre 2017.

Le rapport suivant est présenté au conseil d'administration conformément à l'article 32.9 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec, chapitre S-4.2. Il est également soumis au nom des médecins examinateurs du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Introduction

Comme il s'agit du dernier rapport que je présente au conseil d'administration du CIUSSS, je saisis cette occasion pour remercier les membres du conseil de l'appui et de la confiance qu'ils m'ont accordés pendant tout mon mandat. Je remercie en particulier Dr Lawrence Rosenberg, président-directeur général, et Alan Maislin, président du conseil, pour leur disponibilité, leur soutien et les conseils judicieux qu'ils m'ont fournisdans le cadre de mes activités de gestion du processus de plainte souvent délicat et parfois complexe.

Je remercie également les membres de mon équipe, Helen Vassiliou, Kimberly Dagenais, Hanh Vo, commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité, Claude Malette et Maude Laliberté, commissaires adjoints par intérim, pour leur travail acharné, leur engagement important envers les droits des usagers et les efforts soutenus qu'ils ont déployés face à des situations et gens souvent difficiles. Enfin, je tiens à exprimer toute ma reconnaissance au Dr Paul Warshawsky, médecin examinateur de l'Hôpital général juif, pour ses conseils avisés et sa volonté de sortir du cadre de son rôle.

Enfin, je remercie les gestionnaires et le personnel du CIUSSS pour leur patience, leur collaboration et l'ouverture d'esprit dont ils ont fait preuve lorsque j'ai eu à examiner une plainte ou à gérer une situation délicate. Leur dévouement envers la qualité, leur engagement envers les patients et les usagers, et leur respect des normes professionnelles ont rendu mon travail non seulement plus facile, mais également contribué à ce que cette expérience soit la plus gratifiante en plus de 40 ans de carrière. Je constate qu'au fur et à mesure que la structure du CIUSSS se consolide, les forces des établissements originaux

se développent, notamment l'engagement envers la qualité, le respect de la diversité multiculturelle, la compassion, le professionnalisme et le dévouement envers les normes de pratique éthique et professionnelle.

Je dois par ailleurs souligner certains défis qui font toujours partie de la réalité d'une vaste organisation. En effet, en raison de notre structure plus complexe et transversale, la bureaucratie est devenue plus lourde et peut provoquer, d'une part, des délais supplémentaires dans l'accomplissement de certaines tâches et d'autre part, de la confusion quant à la détermination des personnes responsables et aptes à corriger certaines situations. Ces défis contribuent à un sentiment de frustration accru de la part du personnel qui était peut-être habitué à un règlement plus simple et direct des situations problématiques.

Il importe d'attirer l'attention du conseil sur cet état de choses afin d'insister sur l'importance de fournir aux cadres intermédiaires des installations l'appui, les conseils et les outils dont ils ont besoin pour pouvoir à leur tour aider leur personnel à trouver des moyens nouveaux et créatifs de résoudre leurs problèmes quotidiens.

Le rôle des dirigeants et gestionnaires est fondamental à cet égard. Il faudrait, autant que possible, déployer des efforts pour assurer la présence de ces dirigeants dans tous les établissements et offrir au personnel des occasions d'échange avec les personnes responsables des décisions qui influent sur leur travail au quotidien. Comme les Ressources humaines ont déjà commencé à offrir des possibilités de croissance, cette démarche s'inscrirait dans le perfectionnement et l'avancement de carrière, qui restent une source principale de satisfaction au travail et d'enrichissement personnel.

Dans le cadre de notre travail quotidien de gestion des plaintes, mon personnel et moi-même constatons que les employés à l'échelle du CIUSSS travaillent avec acharnement tout en faisant face à des pressions accrues. Les gestionnaires sont de plus en plus imputables des résultats en matière de productivité, de sécurité et de qualité des soins, ce qui se traduit par moins de temps pour réfléchir avec recul aux bonnes pratiques et aux bons soins fournis.

L'incidence de cette situation est double. Premièrement, elle ne promeut pas un climat propice à une réflexion sur les pratiques de travail dans le cadre d'un objectif d'amélioration de la qualité. Au contraire, en mettant l'accent sur les mauvaises pratiques – qui, certes, doivent être examinées – elle risque de réduire les possibilités de récompenser ou de promouvoir les bonnes pratiques. Deuxièmement, ce genre de réflexion fait partie d'un environnement qui favorise la créativité et l'innovation. L'absence d'un tel environnement représente une perte autant pour les usagers que pour le personnel.

Le personnel et les gestionnaires font régulièrement appel à moi et à mon équipe pour les aider à trouver des solutions à certains problèmes. Bien que cela témoigne, à mon avis, du rôle positif et de la crédibilité de notre bureau, il reste que l'objectif du commissaire doit

être de s'attacher à résoudre les problèmes dans l'optique définitive de devenir superflu. Le personnel de notre CIUSSS doit se sentir appuyé par les cadres intermédiaires et supérieurs et être encouragé à les consulter en vue d'un règlement actif des problèmes. Parfois, il suffit de manifester la volonté d'aider les employés à trouver une solution ou, du moins, une explication claire, pour qu'ilsse sentent plus soutenus dans leur travail quotidien.

Enfin, je manquerais à mes obligations si je ne mentionnais pas les pressions exercées par les médias et les médias sociaux sur notre travail. Les menaces par les usagers ou les membres de leur famille de recourir à ces moyens d'information si leurs besoins (ou demandes) particuliers ne sont pas satisfaits sont notre lot quotidien.

Un grand nombre des plaintes reçues font référence aux sites de médias sociaux comme « Rate my doctor ». Les plaignants considèrent les commentaires trouvés sur ces sites comme des faits avérés au lieu d'expressions individuelles anonymes d'insatisfaction, de satisfaction ou de toute autre émotion que l'auteur souhaite communiquer.

D'après mon expérience, ces sites sont le plus souvent utilisés pour exprimer des sentiments de colère, de déception ou de désaccord. L'anonymat protège l'auteur contre toute censure et épargne le message de toute contestation. Or, plus ces sites deviennent populaires, plus ils nuisent à la réputation et à la crédibilité, en particulier des médecins et établissements. Je n'ai pas l'habitude d'accepter ces « témoignages » parce qu'ils sont non fondés et anonymes, mais je m'inquiète de leur incidence. J'espère que le Service des communications pourra établir une stratégie pour neutraliser leurs effets négatifs. Dans le même ordre d'idée, le recours aux téléphones cellulaires pour enregistrer le personnel et les usagers à leur insu doit être fortement découragé par quiconque en est témoin.

À propos des statistiques

Bien que les statistiques forment l'essentiel de ce rapport annuel, certaines mises en garde s'imposent. En effet, les données ne révèlent qu'une partie de la situation et doivent être prises dans leur contexte si l'objectif est d'améliorer la qualité des soins et services.

Le Système d'information sur la gestion des plaintes et l'amélioration de la qualité des services (SIGPAQS) utilisé actuellement pour enregistrer, classer et compiler l'information précède la création du CIUSSS et a été conçu à l'origine pour permettre aux établissements individuels d'enregistrer leurs plaintes. Bien que les données de tous les CIUSSS aient été fusionnées l'an dernier, les statistiques ne reflètent pas exactement l'organigramme de notre CIUSSS ni sa mission. Elles indiquent plutôt où la plainte a été reçue, c'est-à-dire, le lieu où l'usager a bénéficié des soins.

Par exemple, le Mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) est une structure et fonction importantes du CIUSSS, car il sert à évaluer et à orienter les demandes de placement des personnes âgées ou handicapées et des usagers en situation de vulnérabilité. Toutefois, les plaintes découlant des décisions prises par le MAH sont généralement incluses dans les

statistiques de l'établissement où l'usager était actif au moment où la demande de placement a été faite, par exemple, le CLSC ou l'hôpital. Le MAH est cité dans une plainte uniquement lorsque celle-ci est formulée par un usager qui ne reçoit pas d'autres services du CIUSSS.

Parallèlement, les plaintes au sujet des services de réadaptation ou des services de soins à domicile sont rattachées à l'établissement où le service ou les soins ont été fournis, et non à la direction ou au programme les ayant fournis (par ex. : CLSC c. SAPA). Le défi de mon remplaçant sera, entre autres, de revoir l'organigramme et la structure actuellement en vigueur dans le SIGPAQS (qui peut être adapté) pour déterminer comment enregistrer ce type d'information plus fidèlement.

Le MSSS prévoit lancer une initiative, avec la collaboration du Regroupement des commissaires aux plaintes et à la qualité du Québec, pour actualiser ce système. Certains problèmes du système seront sans aucun doute alors examinés, mais pour l'instant, il faut aborder ces statistiques avec réserve.

Le Groupe de médecine familiale (GMF) représente un autre exemple important du manque d'exactitude des statistiques. Le MSSS et notre CIUSSS comptent parmi leurs objectifs principaux d'améliorer l'accès aux médecins de famille par la création du GMF. Notre CIUSSS a largement atteint cet objectif, mais en dépit de l'alliance contractuelle avec le GMF, la responsabilité de toute insatisfaction des usagers à cet égard ne peut être clairement établie. Par conséquent, si les usagers de services professionnels peuvent faire appel à l'ordre professionnel ou au Collège des médecins, ils n'ont aucun recours pour les plaintes touchant le personnel qui n'est pas membre de telles organisations. Vu le nombre de GMF au sein de notre CIUSSS, sans l'apport de ressources supplémentaires, il serait cependant impossible pour le bureau des plaintes existant d'examiner ces plaintes éventuelles.

Comme je l'ai dit dans des rapports précédents, les assistances sont aussi importantes que les plaintes et devraient se voir accorder la même valeur. En effet, elles prennent souvent plus de temps à traiter et peuvent être plus complexes que certaines plaintes. Comme le choix de la définition de la plainte relève d'une interprétation personnelle, la personne enregistrant la plainte ou la demande d'assistance jouit d'une grande latitude quant à la désignation à appliquer. De plus, les assistances peuvent être facilement transformées en plaintes si l'usager reste insatisfait et souhaite prendre d'autres mesures ou profiter de son droit de recours.

D'autre part, il faut souligner que même si le règlement d'une demande d'assistance peut exiger autant ou plus de travail que le règlement d'une plainte, le processus administratif entourant une plainte est normalisé et exige plus de temps. Cela peut influer sur la décision d'enregistrer une préoccupation comme une plainte ou comme une demande d'assistance. Toutefois, lorsque les usagers expriment clairement leur désir de déposer une plainte officielle, ce droit est respecté.

Les assistances sont souvent dues au fait que les usagers ne se retrouvent pas dans le système. Cette situation devrait s'améliorer car, au fur et à mesure que le CIUSSS « évoluera » et que sa structure et sa main-d'œuvre deviendront plus permanentes et solides, des personnes clés au sein de l'organisation seront plus en mesure d'accompagner ou de diriger les usagers dans le cheminement des soins et services. Je crois également que le Bureau de l'expérience patient peut jouer, à l'avenir, un rôle plus important à cet égard en cernant, formant et appuyant des personnes pivots pour accompagner les patients et en poursuivant ses sondages sur la satisfaction des patients.
Dans mon rapport annuel de l'exercice 2007-2008 à titre de commissaire du CSSS de la Montagne, j'ai déclaré 92 plaintes dans trois CLSC. Cette année, 88 plaintes ont été enregistrées dans les cinq CLSC du CIUSSS. À mon avis, cette baisse n'est pas attribuable à une plus grande satisfaction des usagers, mais plutôt au manque de présence d'un commissaire (ou d'un commissaire par intérim) dans l'établissement. L'insensibilité éventuelle du personnel aux besoins ou aux préoccupations des usagers n'est nullement en cause. La réalité est qu'un environnement qui intègre le rôle d'un commissaire facilite l'accès au processus de plainte, offre plus de possibilités de promouvoir les droits et représente une force de changement positif.

Les usagers en situation de vulnérabilité, particulièrement les personnes dépendantes comme les aînés et les personnes handicapées physiques ou intellectuelles, ont plus de difficulté à déposer des plaintes parce qu'elles en sont incapables ou qu'elles pourraient craindre des mesures de représailles. Bien que la LSSSS prévoie des protections, celles-ci ne suffisent pas à atténuer ces craintes. Par conséquent, il est très probable que les plaintes et insatisfactions soient sous-estimées. Cela confirme l'importance de promouvoir les droits des usagers et de faciliter l'accès au responsable des plaintes, notamment par une présence accrue du commissaire ou de son personnel dans l'établissement.

On pourrait toutefois améliorer cette situation, soit en veillant à une plus grande présence de gestionnaires dans les établissements, soit en déployant plus d'efforts pour créer un environnement où les signalements sont considérés comme importants et la responsabilité de tous. Le projet de loi 115 (Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité) a récemment été adopté par l'Assemblée nationale. La loi oblige notre CIUSSS à mettre en œuvre des mesures pour encourager le signalement de tels cas au sein de chaque établissement et elle rend certains signalements obligatoires. Il ne fait aucun doute que ces mesures augmenteront le travail du commissaire et, par conséquent, le besoin d'une plus grande disponibilité du commissaire ou de personnel dans ces établissements.

Plus le système se complique, plus la résolution des problèmes est complexe. Si la hiérarchie de la prise des décisions n'est pas claire à tous les niveaux, il devient plus difficile de trouver des solutions et de clarifier le processus que les usagers doivent suivre pour résoudre leurs préoccupations. Cette situation crée non seulement plus de frustration, mais risque également de perturber l'acheminement approprié des signalements d'insatisfaction.

Ce problème touche aussi l'examen des plaintes en soi, car il a fallu plus de temps dans certains cas pour recevoir l'information requise afin de traiter la plainte. De plus, certains gestionnaires ont manifesté une certaine réticence à communiquer l'information parce qu'ils ne connaissaient pas le rôle, les responsabilités et l'autorité du commissaire aux plaintes et de ses délégués.

Suite à des exposés à cet effet, la situation commence à s'améliorer, mais mon remplaçant devra veiller à poursuivre les efforts en ce sens.

Plaintes, interventions et assistances

Les plaintes peuvent être associées à plus d'un motif et les statistiques reflètent en général plusieurs motifs.

Année	Plaintes*	Interventions	Assistances	Consultations**	Recours au protecteur	Plaintes médicales
2016-2017	378*	16	1 015	75	12	74
2015-2016	330	7	1 243	36	7	89
2014-2015	569	25	1 074	29	13	98

* Quatre plaintes ont été rejetées après avoir fait l'objet d'une évaluation sommaire.
** Les consultations à l'Hôpital général juif n'ont pas été enregistrées systématiquement, mais elles devraient l'être à l'avenir afin que nous puissions avoir un portrait plus exact de la situation.

Plaintes auprès du CLPQS réparties par mission d'établissement

Année	Soins actifs	Soins de longue durée	Réadaptation	CLSC
2016-2017	59,79 % (226)	14,81 % (56)	2,11 % (8)	23,28 % (88)
2015-2016	76,36 % (256)	10,30 % (34)	2,74 % (9)	10,6 % (35)
2014-2015	69,37 % (399)	9,68 % (55)	4,0 % (23)	16,9 % (96)

Plaintes auprès du CLPQSréparties par motif

Année	Qualité des soins	Relations interpersonnelles	Accès	Aspects financiers	Environnement physique	Droits particuliers

2016-2017	31 %	23,4 %	17,35 %	6,9 %	6,3 %	13,45
2015-2016	32,4 %	26,5 %	19,4 %	6,15 %	8,7 %	6,7 %
2014-2015	26,6 %	14,6 %	37,7 %	3,9 %	9,5 %	8,21 %

Mesures découlant des plaintes auprès du CLPQS

Plus d'une mesure pourrait découler d'une plainte.

Type de mesure	Qualité des soins	Relations interpersonnelles	Accès	Aspects financiers	Environnement physique	Droits particuliers
Individuelle *	23	38	23	11	11	9
Systémique **	21	16	15	5	18	5
Total	44	54	38	16	29	14

* Les mesures individuelles ont trait à un membre particulier du personnel.
** Les mesures systémiques ont trait au système dans son ensemble.

Recours au Protecteur répartis par motif

Année	Qualité des soins	Relations interpersonnelles	Accès	Aspects financiers	Environnement physique	Droits particuliers
2016-2017	8	4	2	1	2	–

Plaintes médicales réparties par mission d'établissement (nombre et pourcentage d'ensemble)

Année	Soins actifs	Soins de longue durée	CLSC
2016-2017	67 (90,54 %)	5 (6,76 %)	2 (2,70 %)
2015-2016	84 (94,4 %)	4 (4,5 %)	1 (1,12 %)
2014-2015	85 (87 %)	7 (7 %)	6 (6 %)

Plaintes médicales réparties par motif

Année	Qualité des soins	Relations interpersonnelles	Accès	Aspects financiers	Environnement physique (incluant sécurité)	Droits particuliers
2016-2017	78,6 %	7,1 %	9,5 %	–	–	4,8 %
2015-2016	65,85 %	24,4 %	9,8 %	–	–	–
2014-2015	63,8 %	17,39 %	8,7 %	–	–	10,14 %

Pourcentage de plaintes réglées dans un délai de 45 jours

Année	CLPQS	Médecin examinateur
2016-2017	62,5 %	7,5 %*
2015-2016	69 %	25 %
2014-2015	79,7 %	22,7 %

* Un autre médecin examinateur a récemment été nommé par le conseil d'administration, une mesure qui aidera à réduire les délais.

Nombre de demandes reçues par le comité de révision

Année	HGJ	CHSLD	CLSC	Total	Traitées
2016-2017	7	1		8	11 (3 reportées)
2015-2016	3	–	–	3	0
2014-2015	3	2		5	5

D'autres détails figurent à l'Annexe 2, page 158.

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

Données pour l'ensemble du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal [1]

Activité	Information demandée	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	1 166
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	16
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	14
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	6
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	8 3 en cours d'évaluation 3 personnes décédées de mort naturelle 1 personne ne respectait pas les critères 1 personne en sédation terminale continue

[1] Les données présentées dans ce tableau couvrent les périodes suivantes :

- Du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016
- Du 10 juin 2016 au 9 décembre 2016

Les données couvrant la période du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016 avaient aussi été présentées dans le rapport annuel 2015-2016

7. LES RESSOURCES HUMAINES

7.1 DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES, COMMUNICATIONS, AFFAIRES JURIDIQUES ET SÉCURITÉ GLOBALE

Réalisations

Après avoir appuyé les directions administratives et cliniques dans l'élaboration de leur nouvel organigramme et la réorganisation de leurs services en fonction des directives ministérielles, la Direction des ressources humaines, communications, affaires juridiques et sécurité globale a travaillé au cours de la dernière année à la révision et à l'harmonisation de plusieurs politiques, processus et outils de travail.

À titre d'exemple, le processus de recrutement est en grande partie harmonisé et a été revu afin d'améliorer l'expérience client. Et, dans le but de faciliter le processus de recrutement/dotation et d'en assurer son efficience, une analyse du processus de cheminement de la requête de personnel en méthode Lean ainsi qu'un Kaizen ont été réalisés.

Le CIUSSS est très engagé à poursuivre ses efforts en lien avec la promotion de la santé, sécurité et du mieux-être au travail. Une politique sur la promotion prévention de la santé et mieux-être au travail est en vigueur depuis en octobre 2016 ainsiqu'un plan d'action prévention santé sécurité et mieux-être au travail (SSMET). En lien avec ce plan d'action, il y a eu création d'un comité SSMET co-présidé par la Directrice générale adjointe/Directrice de la qualité et la Directrice des ressources humaines, communications, affaires juridiques et sécurité globale. De plus, la haute direction agit à titre de comité SSMET, témoignant ainsi de l'engagement de l'organisation.

Plusieurs mesures sont également en place pour favoriser l'expertise et préparer la relève. En effet, à travers le CIUSSS, il existe différentes initiatives pour cibler et accompagner le personnel talentueux qui deviendra la relève de demain. Ceci s'inscrit dans un plan de développement des ressources humaines visant à appuyer et soutenir les gestionnaires dans le développement de leurs compétences et capacités de leardership.

L'Hôpital général juif a été nommé à nouveau un des meilleurs employeurs de Montréal pour 2016 et 2017. Il détient cette mention depuis 2013.

Les résultats se réflètent dans nos indicateurs de performance avec un taux de roulement à la baisse au cours des dernières années qui se situe pour l'année 2016-2017à 9,82%, soit en deça de la moyenne nationale de 10,53% pour la même période. Nous sommes aussi particulièrement fiers de l'évolution favorable du taux de rétention qui est à 85,60% pour l'année 2016-2017, comparativement à une moyenne nationale de 79,42%. Le ratio d'heures d'assurance salaire du CIUSSS du Centre-Ouest-de l'Île-de-Montréal demeure

encore cette année le plus bas au Québec à 4,99%, et substantiellement en deça de la moyenne québécoise qui se situe à 6,94%.

Toutes ces actions visant à assurer l'attraction, la rétention et le développement et le mieux-être du personnel ont une incidence directe sur la qualité des soins et services dispensés à nos clientèles.

7.2 LA GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS

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

CIUSSS du Centre-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	785,685	1,446	787,131	426	507
	2015-16	726,491	1,547	728,038	394	475
	2016-17	664,234	2,163	666,397	361	467
	Variation	**(15.5 %)**	**49.6 %**	**(15.3 %)**	**(15.2 %)**	**(7.9 %)**
2 - Personnel professionnel	2014-15	1,854,326	7,442	1,861,768	1,027	1,429
	2015-16	1,866,171	6,915	1,873,086	1,033	1,409
	2016-17	1,903,094	6,051	1,909,145	1,053	1,455
	Variation	**2.6 %**	**(18.7 %)**	**2.5 %**	**2.6 %**	**1.8 %**
3 - Personnel infirmier	2014-15	3,786,742	116,133	3,902,875	2,015	2,871
	2015-16	3,781,989	117,649	3,899,639	2,013	2,785
	2016-17	3,846,371	149,478	3,995,849	2,042	2,825
	Variation	**1.6 %**	**28.7 %**	**2.4 %**	**1.4 %**	**(1.6 %)**
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	5,840,987	71,075	5,912,061	3,204	4,226
	2015-16	5,732,804	77,675	5,810,479	3,143	4,128
	2016-17	5,733,321	93,763	5,827,084	3,146	4,198
	Variation	**(1.8 %)**	**31.9 %**	**(1.4 %)**	**(1.8 %)**	**(0.7 %)**
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	1,259,101	13,301	1,272,402	639	966
	2015-16	1,231,096	14,821	1,245,917	625	937
	2016-17	1,302,092	22,286	1,324,377	660	990
	Variation	**3.4 %**	**67.6 %**	**4.1 %**	**3.4 %**	**2.5 %**
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	8,167	1	8,168	4	37
	2015-16	6,701	5	6,706	4	19
	2016-17	3,545	1	3,546	2	12
	Variation	**(56.6 %)**	**17.0 %**	**(56.6 %)**	**(55.0 %)**	**(67.6 %)**
Total du personnel	**2014-15**	13,535,009	209,397	13,744,406	7,314	9,836
	2015-16	13,345,253	218,612	13,563,865	7,212	9,613
	2016-17	13,452,657	273,742	13,726,399	7,265	9,730
	Variation	**(0.6 %)**	**30.7 %**	**(0.1 %)**	**(0.7 %)**	**(1.1 %)**

Cible 2016-2017 en heures rémunérées	**13,613,455**
Écart à la cible - en heures	**112,944**

Il existe un léger écart à la cible du MSSS par rapport au nombre total des heures rémunérées. Ceci est dû en grand partie à la conversion d'autres charges en postes, comme par exemple les frais juridiques ont été réduits par la création de postes d'avocat.

Il y a aussi eu réaménagement de postes d'une sous-catégorie d'emploi à une autre et un effort particulier a été fait pour réduire la main-d'œuvre indépendante. Il est à noter que ces actions ont été réalisées dans le respect du budget alloué à l'organisation.

8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES

8.1 LES ÉTATS FINANCIERS

8.1.1 Rapport de la direction

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

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

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

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

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

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

Carrie Bogante, CPA, CA
Directrice des finances

8.1.2 Rapport de l'auditeur indépendant

Raymond Chabot Grant Thornton

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

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

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

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

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2017 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du CIUSSS du Centre-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 15 juin 2017 (voir ci-dessous).

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

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

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

Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 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

Membre de Grant Thornton International Ltd

comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2017.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 15 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 CIUSSS du Centre-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.

De plus, le rapport de l'auditeur sur les états financiers audités comporte un paragraphe d'autre point indiquant que, sans pour autant modifier notre opinion, nous attirons l'attention sur le fait que les chiffres correspondants représentent le cumul, après élimination des opérations et soldes interétablissements, des chiffres présentés dans les états financiers audités du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et du Centre de réadaptation MAB-Mackay suite à l'intégration de ce dernier. Nous n'avions pas pour mission de faire rapport sur les informations comparatives, de sorte qu'elles n'ont pas été auditées.

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

Montréal
Le 15 juin 2017

[1] CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique nº A117742

8.1.3 Résultats financiers

i. État des résultats

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CIUSSS du Centre-Ouest-de-L'Île-de-Montréal	1104-5176	200-00 /

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 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	672 279 491	666 259 849	43 513 646	709 773 495	678 992 451
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2	11 557 305	14 278 809		14 278 809	11 557 305
Contributions des usagers	3	40 335 206	41 674 194	XXXX	41 674 194	41 039 505
Ventes de services et recouvrements	4	7 418 130	9 142 222	XXXX	9 142 222	9 156 805
Donations (FI:P294)	5	8 491 579	785 360	11 873 854	12 659 214	9 258 255
Revenus de placement (FI:P302)	6	1 196 689	1 214 780	52 082	1 266 862	1 449 441
Revenus de type commercial	7	4 530 847	5 674 414		5 674 414	4 586 942
Gain sur disposition (FI:P302)	8	7 817	(428 946)		(428 946)	7 817
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	76 008 877	83 259 933	668 970	83 928 903	80 295 571
TOTAL (L.01 à L.11)	12	821 825 941	821 860 615	56 108 552	877 969 167	836 344 092
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	533 057 424	557 858 454	XXXX	557 858 454	541 384 627
Médicaments	14	24 064 048	23 217 202	XXXX	23 217 202	24 311 824
Produits sanguins	15	12 830 989	15 872 593	XXXX	15 872 593	12 830 989
Fournitures médicales et chirurgicales	16	32 470 669	35 044 431	XXXX	35 044 431	34 451 247
Denrées alimentaires	17	7 583 301	7 326 610	XXXX	7 326 610	7 751 419
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	24 774 629	21 423 074	XXXX	21 423 074	24 480 859
Frais financiers (FI:P325)	19	13 271 494	406 241	13 766 877	14 173 118	13 195 824
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	14 255 725	14 331 759	185 624	14 517 383	13 719 219
Créances douteuses	21	2 949 408	3 864 533	XXXX	3 864 533	3 106 494
Loyers	22	13 293 649	13 514 283	XXXX	13 514 283	13 729 468
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	32 761 853	XXXX	42 259 159	42 259 159	26 761 853
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX			
Dépenses de transfert	25	4 318 166	3 897 587	XXXX	3 897 587	4 019 776
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	110 405 006	123 255 952	89 119	123 345 071	119 902 590
TOTAL (L.13 à L.27)	28	826 036 361	820 012 719	56 300 779	876 313 498	839 646 189
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	(4 210 420)	1 847 896	(192 227)	1 655 669	(3 302 097)

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

AS-471 - Rapport financier annuel — Gabarit LPRG-2017.1.0 — Révisée: 2015-2016

Timbre valideur: **2017-06-13 14:51:06** — Rapport V 0.5

ii. État des surplus (déficits) cumulés

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CIUSSS du Centre-Ouest-de-L'Île-de-Montréal	1104-5176	202-00 /

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 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	(73 459 768)	8 437 789	(65 021 979)	(61 719 882)	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(73 459 768)	8 437 789	(65 021 979)	(61 719 882)	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	1 847 896	(192 227)	1 655 669	(3 302 097)	
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	(71 611 872)	8 245 562	(63 366 310)	(65 021 979)	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX	1 218 724	1 268 225	
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	(64 585 034)	(66 290 204)	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	(63 366 310)	(65 021 979)	

AS-471 - Rapport financier annuel — Gabarit LPRG-2017.1.0 — Révisée: 2013-2014

Timbre valideur: 2017-06-13 14:51:06 — Rapport V 0.5

iii. **État de la situation financière**

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CIUSSS du Centre-Ouest-de-L'Île-de-Montréal	1104-5176	204-00 /

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 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	56 960 449	3 452 713	60 413 162	43 537 764
Placements temporaires	2	1 200 000		1 200 000	467 115
Débiteurs - MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	33 150 109	4 288 962	37 439 071	45 795 834
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	22 349 270	1 187 446	23 536 716	23 034 071
Avances de fonds aux établissements publics	5	XXXX			
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	15 912	(15 912)	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	47 531 279	(18 264 240)	29 267 039	27 008 032
Placements de portefeuille	8	4 048 209		4 048 209	30 839 502
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	1 878 683	1 878 683	1 566 240
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	1 258 785	405 597	1 664 382	2 862 364
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	166 514 013	(7 066 751)	159 447 262	175 110 922
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14	40 000 000	29 104 742	69 104 742	135 931 102
Créditeurs - MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	75 338 662	3 441 425	78 780 087	96 897 588
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	17	XXXX			
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18	32 024	4 288 963	4 320 987	3 981 589
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	68 499 811	127 906 450	196 406 261	196 649 647
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	613 376 690	613 376 690	546 210 044
Passif au titre des sites contaminés (FI: P401)	22	XXXX			
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	63 567 728	XXXX	63 567 728	60 862 068
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	645 570	30 016	675 586	646 713
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	248 083 795	778 148 286	1 026 232 081	1 041 178 751
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(81 569 782)	(785 215 037)	(866 784 819)	(866 067 829)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P423)	28	XXXX	793 460 599	793 460 599	790 671 777
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	7 411 634	XXXX	7 411 634	7 443 884
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	2 546 276		2 546 276	2 930 189
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	9 957 910	793 460 599	803 418 509	801 045 850
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	(71 611 872)	8 245 562	(63 366 310)	(65 021 979)

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 14:51:06** — Rapport V 0.5

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

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CIUSSS du Centre-Ouest-de-L'Île-de-Montréal	1104-5176	206-00 /

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

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

		Budget 1	Fonds Exploitation 2	Fonds Immobilisations 3	Total - Ex.Courant (C2+C3) 4	Total - Ex.Précédent 5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1		(83 833 841)	(782 234 147)	(866 067 988)	(802 862 775)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					(4 536 389)
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4		(83 833 841)	(782 234 147)	(866 067 988)	(807 399 164)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5	(5 356 868)	1 847 896	(192 227)	1 655 669	(3 302 097)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6	(125 141 872)	XXXX	(45 047 822)	(45 047 822)	(83 152 620)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7	33 826 266	XXXX	42 259 159	42 259 159	27 631 531
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX			
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX			
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
Ajustements des immobilisations	11		XXXX			295 461
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	(91 315 606)	XXXX	(2 788 663)	(2 788 663)	(55 225 628)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15	(1 151 720)		XXXX		(7 443 884)
Acquisition de frais payés d'avance	16	(1 151 966)				(2 930 189)
Utilisation de stocks de fournitures	17	1 338 788	32 250	XXXX	32 250	7 475 818
Utilisation de frais payés d'avance	18	1 217 651	383 913		383 913	2 757 156
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19	252 753	416 163		416 163	(141 099)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	(96 419 721)	2 264 059	(2 980 890)	(716 831)	(58 668 824)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(96 419 721)	(81 569 782)	(785 215 037)	(866 784 819)	(866 067 988)

AS-471 - Rapport financier annuel — Gabarit LPRG-2017.1.0 — Révisée: 2015-2016

Timbre valideur: 2017-06-13 14:51:06 — Rapport V 0.5

v. État des flux de trésorerie

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CIUSSS du Centre-Ouest-de-L'Île-de-Montréal	1104-5176	208-00 /

Tous les fonds — exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT				
Surplus (déficit) de l'exercice	1	1 655 669	(3 687 815)	
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:				
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2	8 110		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	416 163	(141 099)	
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4			
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5			
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:				
- Gouvernement du Canada	6			
- Autres	7	(12 313 389)	(8 909 401)	
Amortissement des immobilisations	8	42 259 159	26 761 853	
Réduction pour moins-value des immobilisations	9			
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	461 147	350 210	
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11			
Subventions MSSS	12	(29 549 108)	(34 857 901)	
Autres (préciser P297)	13		11 060	
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	1 282 082	(16 785 278)	
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	17 175 795	21 542 460	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	20 113 546	1 069 367	
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS				
Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	17	(56 879 272)	(93 400 730)	
Produits de disposition d'immobilisations	18			
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(56 879 272)	(93 400 730)	
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT				
Variation des placements temporaires dont l'échéance est supérieure à 3 mois	20	400 000	(150 000)	
Placements de portefeuille effectués	21	(2 945 597)	(8 307 582)	
Produits de disposition de placements de portefeuille	22	28 528 780	6 116 081	
Placements de portefeuille réalisés	23			
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24	25 983 183	(2 341 501)	

AS-471 - Rapport financier annuel — Gabarit LPRG-2017.1.0 — Révisée: 2015-2016

Timbre valideur: **2017-06-13 14:51:06** — Rapport V 0.5

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT				
Dettes à long terme - Emprunts effectués	1	94 407 935	149 366 252	
Dettes à long terme - Emprunts remboursés	2			
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	3			
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	4	(11 600 000)	(29 537 675)	
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	5	65 022 151	90 747 443	
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	6	(120 248 513)	(148 183 943)	
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	7			
Autres (préciser P297)	8		37 919 656	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.08)	9	27 581 573	100 311 733	
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	16 799 030	5 638 869	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	11	43 614 132	37 975 263	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.10 + L.11)	12	60 413 162	43 614 132	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:				
Encaisse	13	60 413 162	43 547 017	
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	14		67 115	
TOTAL (L.13 + L.14)	15	60 413 162	43 614 132	

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:				
Débiteurs - MSSS	1	8 356 763	8 442 594	
Autres débiteurs	2	(502 645)	(4 058 991)	
Avances de fonds aux établissements publics	3			
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	4	48 812	87 635	
Frais reportés liés aux dettes	5	(773 590)	(809 277)	
Autres éléments d'actifs	6	1 197 982	3 342 236	
Créditeurs - MSSS	7			
Autres créditeurs et autres charges à payer	8	(6 286 209)	16 378 993	
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	9		(2 935 199)	
Intérêts courus à payer	10	339 398	180 997	
Revenus reportés	11	12 060 751	585 887	
Passif au titre des sites contaminés	12		(315 000)	
Passif au titre des avantages sociaux futurs	13	2 705 660	1 481 339	
Autres éléments de passifs	14	28 873	(838 734)	
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.14)	15	17 175 795	21 542 480	
AUTRES RENSEIGNEMENTS:				
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	16	3 441 425	15 272 715	
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	(29 549 108)		12
Intérêts:				
Intérêts créditeurs (revenus)	19	583 639	678 053	
Intérêts encaissés (revenus)	20	738 739	680 543	
Intérêts débiteurs (dépenses)	21	14 173 118	13 130 285	
Intérêts déboursés (dépenses)	22	1 656 642	1 720 379	

vi. État des résultats – Activités principales et accessoires

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CIUSSS du Centre-Ouest-de-L'Île-de-Montréal	1104-5176	358-00 /

Fonds d'exploitation — exercice terminé le 31 mars 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	637 104 948	664 726 811	1 533 038	666 259 849	648 782 837
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2	11 557 305		14 278 809	14 278 809	11 557 305
Contributions des usagers (P301)	3	40 335 206	41 674 194	XXXX	41 674 194	41 039 505
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	7 418 130	9 142 222	XXXX	9 142 222	9 156 805
Donations (C2:P290/C3:P291)	5		785 360		785 360	381 860
Revenus de placement (P302)	6	1 118 718	290 892	923 888	1 214 780	1 370 568
Revenus de type commercial (C2:P661/C3:P351)	7	4 530 847		5 674 414	5 674 414	4 586 942
Gain sur disposition (P302)	8	7 817		(428 946)	(428 946)	7 817
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	74 265 354	3 702 063	79 557 870	83 259 933	78 552 048
TOTAL (L.01 à L.11)	12	776 338 325	720 321 542	101 539 073	821 860 615	795 435 687
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	533 057 424	504 596 203	53 262 251	557 858 454	541 384 627
Médicaments (P750)	14	24 064 048	23 217 202	XXXX	23 217 202	24 311 824
Produits sanguins	15	12 830 989	15 872 593	XXXX	15 872 593	12 830 989
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	32 470 669	35 044 431	XXXX	35 044 431	34 451 247
Denrées alimentaires	17	7 583 301	7 326 610	XXXX	7 326 610	7 751 419
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	24 774 629	21 423 074	XXXX	21 423 074	24 480 859
Frais financiers (P325)	19	800 000	406 241	XXXX	406 241	709 543
Entretien et réparations (P325)	20	14 086 989	14 331 759		14 331 759	13 550 483
Créances douteuses (C2:P301)	21	2 949 408	3 864 533		3 864 533	3 106 494
Loyers	22	13 293 649	13 514 283		13 514 283	13 729 468
Dépenses de transfert (P325)	23	4 318 166	3 897 587		3 897 587	4 019 776
Autres charges (P325)	24	110 319 473	76 826 700	46 429 252	123 255 952	119 817 057
TOTAL (L.13 à L.24)	25	780 548 745	720 321 216	99 691 503	820 012 719	800 143 786
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	(4 210 420)	326	1 847 570	1 847 896	(4 708 099)

AS-471 - Rapport financier annuel — Gabarit LPRG-2017.1.0 — Révisée: 2016-2017

Timbre valideur: 2017-06-13 14:51:06 — Rapport V 0.5

vii. Revenus reportés relatifs aux sommes reçues par dons, legs et autres formes de contributions (art. 269 LSSSS)

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.
CIUSSS du Centre-Ouest-de-L'Île-de-Montréal	1104-5176	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 DONS, LEGS ET AUTRES FORMES DE CONTRIBUTIONS (art.269 LSSSS)

		Revenus reportés au début 1	Ajustements à la colonne 1 2	Sommes allouées dans l'exercice 3	Revenus inscrits dans l'exercice 4	Revenus reportés à la fin (C1+C2+C3-C4) 5	Variation des revenus reportés (C1+C2-C5) 6	Notes
CONTRIBUTIONS DE TIERS:								
Contributions de tiers SANS fins particulières	1	XXXX	XXXX	3 304	3 304	XXXX	XXXX	
Contributions de tiers AVEC fins particulières, lister:								
Immobilisation	2	125 328 826	492 760	10 804 741	11 873 854	124 752 473	1 069 113	
Fonds - éducation professionnelle	3	79 512		(15 612)		63 900	15 612	
Fonds - Veille technologique	4	11 479				11 479	0	
Fonds - Amélioration des immobilisations	5	1 000 603		(5 888)		994 715	5 888	
Fonds - Formation du personnel	6	20 000		12 674		32 674	(12 674)	
Fonds - Formation des gestionnaires	7	10 000				10 000	0	
Fonds - Matériel thérapeutique	8	30 000		11 999		41 999	(11 999)	
Fonds - Projets novateurs	9	69 695		49 555		119 250	(49 555)	
Recherche	10	124 418		(19 206)		105 212	19 206	
Fonds - ASL	11	11 335		(11 335)		0	11 335	
Mont Sinai recherche	12		205 738	916		206 654	(916)	
Mont Sinai exploitation	13		908 937	9 143		918 080	(9 143)	
	14							
	15							
	16							
	17							
	18							
	19							
	20							
	21							
	22							
...	23							
...	24							
Autres (préciser P297)	25	2 577 941		44 690	782 056	1 840 575	737 366	18
TOTAL (L.01 à L.25)	26	129 263 809	1 607 435	10 884 981	12 659 214	129 097 011	1 774 233	
DOTATIONS								
Capital	27							
Revenus non réservés accumulés	28	XXXX	XXXX			XXXX	XXXX	
Revenus réservés accumulés:								
...	29							
...	30							
...	31							
...	32							
...	33							
Autres (préciser P297)	34							
TOTAL (L.27 à L.34)	35							
GRAND TOTAL (L.26 + L.35)	36	129 263 809	1 607 435	10 884 981	12 659 214	129 097 011	1 774 233	
REVENUS REPORTÉS (L.36) AU:								
Fds Exploitation - ACT.PRINC.(P290)	37	2 201 913	784 519	98 530	785 360	2 299 602	686 830	19
Fds Exploitation - ACT.ACCES.(P291)	38		330 156	(18 290)		311 866	18 290	
Fonds Immobilisations (P294)	39	127 061 896	492 760	10 804 741	11 873 854	126 485 543	1 069 113	
TOTAL REV. REPORTÉS (L.37 à L.39)	40	129 263 809	1 607 435	10 884 981	12 659 214	129 097 011	1 774 233	

AS-471 - Rapport financier annuel — Gabarit LPRG-2017.1.0 — Révisée: 2014-2015

Timbre valideur: 2017-06-13 14:51:06 — Rapport V 1.0

viii. Notes aux états financiers

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

Note 1. - Constitution et mission

Le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de Montréal (ci-après l'« établissement »), est constitué par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Il a pour mandat de promouvoir la santé, le bien-être et la contribution active de la population du territoire de l'établissement 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.

Au cours de l'exercice, l'établissement a intégré les activités du centre de réadaptation MAB-MACKAY. Il jouit de tous ses droits, a acquis tous ses biens, assume toutes ses obligations et poursuit toutes ses procédures sans reprise d'instance. Par conséquent, tous ses actifs et passifs, ainsi que tous les droits et obligations qui s'y rattachent ont été regroupés à leur valeur comptable dans les présents états financiers. Les données comparatives au 31 mars 2016 représentent le cumul de leurs activités, après élimination des opérations entre les entités fusionnées. Même si la présentation des données comparatives n'est pas requise lors d'une fusion d'entités, celles-ci ont néanmoins été présentées à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'exception de celles des pages 650, 660, 320 et 351 du rapport financier annuel AS-471. Cependant, elles n'ont pas été auditées.

Le siège social de l'établissement est situé à Montréal. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région de Montréal.
En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu du Québec ou du 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 des infrastructures (SQI) sont comptabilisés comme une location-exploitation plutôt que comme 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 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 des charges de l'exercice ainsi que sur la présentation des actifs et des 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 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. 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.

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 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(e), 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

Les actifs financiers comprennent l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs et les placements de portefeuille, et sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

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 et les dettes à long terme, et sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse, le découvert bancaire, lecas 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 avantages sociaux futurs

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

Provision pour congés de maladie

Les obligations découlant des congés de maladie (exercice courant) 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. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Les principales hypothèses utilisées pour les provisions relatives aux congés de maladie (exercice courant) et aux vacances sont les suivantes :

	Exercice courant	Exercice précédent
Taux moyen de croissance de la rémunération	1,5 %	0 %
Indexation	1,5 %	0 %
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.

Droits parentaux

Les obligations découlant des droits parentaux sont évaluées sur la base du nombre d'employés en congé parental au 31 mars 2017 et de 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 2017. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers qui sont acquis, construits, développés ou améliorés et 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 acquises par donation ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur au moment de leur acquisition, avec contrepartie aux revenus reportés, s'il s'agit d'un bien amortissable, ou aux revenus de l'exercice, s'il s'agit d'un terrain.

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

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

Les immobilisations acquises par donation ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur au moment de l'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.

Les immobilisations 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 (maximum 10 ans)
Matériel et équipement	3 à 15 ans
Équipement spécialisé	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Durée du bail ou de l'entente

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

Les contributions reçues pour l'acquisition d'un bien amortissable sont comptabilisées aux revenus reportés qui sont par la suite inscrits aux revenus au même rythme qu'il est amorti, à l'exception de celles destinées à l'achat d'un terrain qui sont directement inscrites aux revenus de l'exercice.

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 Œuvres 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 des prochains exercices financiers. Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Stocks de fournitures

Les stocks de fournitures sont des actifs non financiers composés de fournitures, qui seront consommés dans le cours normal des activités au cours des prochains exercices. Ils comprennent notamment les médicaments, les produits sanguins, les fournitures médicales et chirurgicales et les denrées alimentaires. Ils sont évalués au plus faible du coût et de la valeur nette de réalisation. Le coût est déterminé selon la méthode du premier entré, premier sorti du premier entré, premier sorti. Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Comptabilité par fonds

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

Revenus d'intérêts

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

Prêts interfonds

Les prêts entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

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

Avoir propre

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

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

Classification des activités

La classification des activités de l'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 : 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 : 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 : 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 : regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Centres d'activités

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

Unités de mesure

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

Note 3. - Maintien de l'équilibre budgétaire

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001), l'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit pas encourir de déficit en fin d'exercice financier.

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 4. - Données budgétaires

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

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

	Budget initial	Modification	Budget final
Subvention MSSS	672 279 491	6 019 642	666 259 849

Note 5. - Instruments financiers

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

Amortissement des frais reportés liés aux dettes

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

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

Note 6. - Placements temporaires

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

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

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-value 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.

L'établissement a des emprunts temporaires conclus avec des parties apparentées, dont les principales conditions sont une marge de crédit au taux d'acceptation bancaire + 0.05%.

Note 9. - Autres créditeurs

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

Note 10. - Dettes à long terme

	Exercice courant	Exercice précédent
Billet à terme (B29) contracté auprès du Fonds de financement en 2013, d'une valeur nominale de 24 739 277 $, taux effectif de 4.307 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 989 571 $, échéant en 2038	21 770 564 $	22 760 135 $
Billet à terme (B30) contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 36 413 810 $, taux effectif de 2.3352 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 1 809 222 $, échéant en 2018	30 986 145 $	32 795 367 $
Billet à terme (B31) contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 189 314 050 $, taux effectif de 2.0546 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 7 575 562 $, échéant en 2018	166 596 364 $	174 168 926 $
Billet à terme (B32) contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 940 471 $, taux effectif de 2.682 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 134 353 $, échéant en 2021	537 412 $	671 765 $
Billet à terme (B33) contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 3 319 193 $, taux effectif de 2.14 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 276 599 $, échéant en 2020	2 765 994 $	3 042 594 $
Billet à terme (B34) contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 16 441 353 $, taux effectif de 3.058 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 657 654 $, échéant en 2024	15 126 045 $	15 783 699 $
Billet à terme (B35) contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 115 869 026 $, taux effectif de 1.577 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 4 634 761 $, échéant en 2020	111 234 265 $	115 869 026 $
Billet à terme (B36) contracté auprès du Fonds de financement en 2015,	14 549 163 $	15 404 996 $

	Exercice courant	Exercice précédent
d'une valeur nominale de 15 404 996 $, taux effectif de 2.018 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 855 833 $, échéant en 2022		
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 2 039 604 $, taux effectif de 2.444 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 272 308 $, échéant en 2021	1 396 172 $	1 675 211 $
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 1 163 482 $, taux effectif de 1.479 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 193 913 $, échéant en 2022	1 163 482 $	0 $
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 14 857 520 $, taux effectif de 2.164 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 594 301 $, échéant en 2026	14 857 520 $	0 $
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 24 124 586 $, taux effectif de 2.149 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 1 269 715 $, échéant en 2026	24 124 586 $	0 $
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 70 994 756 $, taux effectif de 2.408 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 2 839 790 $, échéant en 2026	70 994 756 $	0 $
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de 125 607 844 $, taux moyen pondéré de 3.33 % ou variant de 1.72 % à 4.99 %, garantis par le gouvernement du Québec, remboursables par versements annuels variant de 64 569 $ à 1 269 715, échéant entre 2016 et 2034	51 370 219 $	81 499 694 $
Billets à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 17 533 869 $, taux effectif entre 1.577% et 2.018% garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels variant de 59 446$ à 719 314 $, échéant entre 2020 et 2022	16 755 108 $	17 533 869 $
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 2 236 648 $, taux effectif de 2.164 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 89 465 $, échéant en 2026	2 236 648 $	0 $
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de 12 728 871 $, taux variant de 2.076 % à 6.056 %, garantis par le gouvernement du Québec, remboursables annuellement par versements variant de 190 800 $ à 334 757 $, échéant entre 2017 et 2028	8 718 644 $	9 244 201 $
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 1 145 384 $ et 393 792 $, au taux effectif de 2.944 % et 2.558 % respectivement, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels variant de 45 815$ à 56 256$, échéant en 2022 et 2024.	1 335 033 $	1 437 105 $
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 750 082 $, taux effectif de 2.164 %, garanti par le	750 082 $	0 $

	Exercice courant	Exercice précédent
gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 30 003 $, échéant en 2026		
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de 2 029 200 $, taux moyen pondéré de 2.942 % ou variant de 2.122 % à 2.594 %, garantis par le gouvernement du Québec, remboursables par versements annuels variant de 41 045$ à 51 675$, échéant entre 2017 et 2018	1 843 761 $	1 936 480 $
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 8 121 220 $, taux effectif de 1,577 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable annuellement au montant de 362451 $, échéant en 2020	7 758 769 $	8 121 220 $
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2013, d'une valeur nominale de 1 207 808 $, taux effectif 4.307 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable annuellement au montant de 48 312 $, échéant en 2018	1 062 872 $	1 111 184 $
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 2 110 477 $, taux effectif de 2.164 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 84 419 $, échéant en 2026	2 110 477 $	0 $
Billet à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de 5 737 842 $, à un taux garantis par le gouvernement du Québec, remboursables annuellement au montant de 229 514 $, échéant en 2017	4 590 274 $	4 819 788 $
Billet à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de 1 767 291 $, à un taux garantis par le gouvernement du Québec, remboursables annuellement au montant de 70 691 $, échéant en 2018	1 484 525 $	1 555 216 $
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de 2 789 958 $, taux effectif de 4,257% , garantis par le gouvernement du Québec, remboursables annuellement par versements de 111 598$, échéant en 2021	2 120 368 $	2 231 967 $
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de763 389 $, taux effectif de 3,418 %, , garantis par le gouvernement du Québec, remboursables annuellement par versements de 40 178 $, échéant en 2017	562 497 $	602 675 $
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de 8 385 801 $, taux effectif de 2,472 %, , garantis par le gouvernement du Québec, remboursables annuellement par versements de 715 592 $, échéant en 2017	4 807 841 $	5 523 433 $
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de 1 042 343 $, taux effectif de 2,122 %, garantis par le gouvernement du Québec, remboursables annuellement par versements de 41 694 $, échéant en 2018	875 568 $	917 262 $
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 1 220 698 $, taux effectif de 2,1372%, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable annuellement au montant de 48	1 074 214 $	1 123 042 $

	Exercice courant	Exercice précédent
828 $, échéant en 2018		
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 6 087 179 $, taux effectif de 1,577%, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable annuellement au montant de 261 289 $, échéant en 2020	5 825 890 $	6 087 179 $
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 1 804 063 $, taux effectif de 2.164 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 72 163 $, échéant en 2026	1 804 063 $	0 $
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 2 137 786 $, taux effectif de 2,1224%, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable annuellement au montant de 85 511 $, échéant en 2018	1 881 252 $	1 966 763 $
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2015, d'une valeur nominale de 1 435 878 $, taux effectif de 2,018%, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable annuellement au montant de 57 435 $, échéant en 2022	1 378 444 $	1 435 879 $
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec en 2001, pour un montant total de 7 348 800 $, à un taux effectif de 6.905 %, , garantis par le gouvernement du Québec, remboursables annuellement par versements de 293 952 $, échéant en 2026	2 939 520 $	3 233 472 $
Billet à terme contractés auprès de Financement-Québec en 2010, pour un montant total de 2 748 162 $, à un taux effectif de 5.09 %, garantis par le gouvernement du Québec, remboursables annuellement par versements de 109 926 $, échéant en 2034	2 088 603 $	2 198 529 $
Billet à terme contractés auprès de Financement-Québec en 2011, pour un montant total de 1 500 922 $, à un taux effectif de 2.472 %, garantis par le gouvernement du Québec, remboursables annuellement par versements de 60 036 $, échéant en 2017	1 200 738 $	1 260 775 $
Billet à terme contractés auprès de Financement-Québec en 2013, pour un montant total de 2 054 116 $, à un taux effectif de 1.942 %, garantis par le gouvernement du Québec, remboursables annuellement par versements de 116 849 $, échéant en 2018	1 586 717 $	1 703 567 $
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement, au taux effectif de 2.0816 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable annuellement de 75 016 $, échéant en 2032	1 396 961 $	1 471 976 $
Billet à terme contractés auprès de Financement-Québec taux de 3.594 % , garantis par le gouvernement du Québec, remboursables annuellement par versements de 51 916 $, échéant en 2017	986 413 $	1 038 329 $
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2016, d'une valeur nominale de 1 065 080 $, taux effectif de 2.164 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable par versements annuels de 42 603 $, échéant en 2026	1 065 080 $	0 $
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2014, au taux effectif de 2.1372 %, garanti par le gouvernement du Québec, remboursable annuellement de 89 459 $, échéant en 2018	1 724 710 $	1 814 169 $
Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement en 2015, au taux effectif de 2.018 %, garanti par le gouvernement du Québec,	3 841 970 $	4 045 398 $

	Exercice courant	Exercice précédent
remboursable annuellement de 203 428 $, échéant en 2022		
Emprunt de 511 000 $ contracté auprès de l'Immobilière SHQ en 1969, garanti par une hypothèque	96 961 $	125 152 $
Sous-total	613 376 690 $	546 210 044 $
Fonds d'amortissement	0	0
Total	613 376 690 $	546 210 044 $

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 :

	$
2017-2018	65 663 747 $
2018-2019	225 250 291 $
2019-2020	20 894 246 $
2020-2021	133 758 370 $
2021-2022	11 804 144 $
2022-2023 et subséquents	156 005 892 $
Total	613 376 690 $

Note 11. - Affectations

La nature des affectations d'origines interne et externe ainsi que leur variation est présentée à la page 289-00 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 les dépôts à terme. 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'établissements publics, de contributions d'usagers, du gouvernement, de divers.
Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de recouvrement. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, sur l'historique de paiement, sur la situation financière du débiteur et sur l'antériorité de la créance. Au 31 mars 2017, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 30 % du montant total recouvrable (25 % au 31 mars 2016).

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

	Exercice courant	Exercice précédent
Autres débiteurs non en souffrance	19 242 069	18 365 790
Autres débiteurs en souffrance :		
Moins de 30 jours	1 982 181	2 421 242
De 30 à 59 jours	1 706 867	1 424 859
De 60 à 89 jours	911 326	544 169
De 90 jours et plus	6 344 493	6 476 825
Sous-total	10 944 867	10 867 095
Provision pour créances douteuses	(6 650 220)	(6 198 814)
Sous-total	4 294 647	4 668 281
Total des autres débiteurs	23 536 716	23 034 071

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

	Exercice courant	Exercice précédent
Solde de la provision pour créances douteuses au début	6 198 814	4 950 444
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	451 406	1 248 370
Montants recouvrés	0	0
Solde de la provision pour créances douteuses à la fin	6 650 220	6 198 814

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

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

Au 31 mars 2017, ces actifs financiers étaient investis dans des obligations et des billets à terme.

Le risque de crédit lié aux placements de portefeuille découle du fait que l'établissement détient des placements

en obligations et des billets à terme. De ce fait, il existe un risque qu'un émetteur ne s'acquitte pas de ses obligations, ce qui aurait une incidence sur son actif.

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

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

Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2017, l'établissement s'est conformé aux articles 265 et 269 de cette loi.

Risque de liquidité

Le risque de liquidité de l'établissement est le risque qu'iléprouve 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, les dettes à long terme.

Les emprunts temporaires sont des ouvertures de crédit. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime, puisqu'elles sont prises en charge par le MSSS. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances dans les 60 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 en raison de ses emprunts temporaires et de ses dettes à long terme. L'état de la situation financière présente le solde de ces postes.

Du montant des emprunts temporaires totalisant 29 104 742 $, un montant de 27 836 884 $ porte intérêt au taux des acceptations bancaires plus 0.05 % puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Le solde représentant 1 267 858 $ porte intérêt à un taux fixe de 2.63% pour lesquels les intérêts sont pris en charge par l'établissement. Le risque de taux d'intérêt sur cet

emprunt est minime.

Le solde de 613 376 690 $ représente des emprunts portant intérêt à taux fixe. De ce montant, un montant de 611 980 518 $ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Un montant de 1 396 172 $ représente des emprunts portant intérêt à taux fixe pour lesquels les intérêts sont pris en charge par l'établissement. Le risque de taux d'intérêt sur ces emprunts est minime.

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. - 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. Plusieurs organismes sans but lucratif avec qui l'établissement a un intérêt économique ont eu des opérations pendant l'exercice et des soldes au 31 mars 2017 existent. Ces montants, pris globalement, ne sont pas significatifs.

Note 14. - 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'efficience 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 le CUSM 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.

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

Note 15. - Chiffres comparatifs

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

ix. Charges brutes par programmes-services

Charges brutes par programme-services (non-auditées)		
Programmes - Services	**Exercice courant**	**Exercice précédent**
Santé publique	6,523,835	7,646,184
Services généraux - Activités cliniques et d'aide	47,509,345	45,988,867
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	120,732,296	120,790,418
Déficience physique	25,075,239	14,401,692
Déficience intellectuelle et TSA	29,094,884	29,699,253
Jeunes en difficulté	5,738,532	5,091,772
Dépendances	297,956	199,759
Santé mentale	20,977,020	20,722,393
Santé Physique	290,277,462	285,195,998
Administration	53,069,935	48,081,381
Soutien aux services	54,670,381	51,111,135
Gestion des bâtiments et des équipements	66,354,331	62,135,292
Grand total par programmes-services	**$ 720,321,216**	**$ 691,064,144**

x. Contrats de services 2016-2017

Veuillez consulter le document Excel ci-joint, « Contrats de services - P.635-2017 ».

8.2 L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Le CIUSSS de Centre-Ouest-de-l'ile-de-Montréal a respecté son obligation légale de maintenir globalement l'équilibre budgétaire entre ses charges et ses revenus.

Le CIUSSS a terminé l'année avec un surplus de 1 847 896 $ dans les fonds d'exploitation et un déficit de 192 227 $ dans les fonds d'immobilisation totalisant un surplus global 1 655 669 $.

Le déficit négligeable du fonds d'immobilisation est dû à un décalage entre le financement des immobilisations et l'amortissement de ces immobilisations qui était antérieurement en accord avec le manuel de gestion financière.

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

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

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

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

Signification des codes :
Colonne 3 « Nature » :
R : Réserve O : Observation C : Commentaire
Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :
R : Réglé PR : Partiellement Réglé NR : Non Réglé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année 20XX-XX**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2017**		
1	2	3	4	**R** 5	**PR** 6	**NR** 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Tel qu'exigé par le ministère de la santé et des services sociaux du Québec, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société Québecoise des Infrastructures sont comptabilisés comme étant des contrat de location-exploitation alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 du Manuel de l'Institut Canadien des Comptables agréés, il s'agit plutöt de contrats de location-acquisition.	2012-2013	R	Aucune, car directive du MSSS			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Unités de mesure pour c/a 6890 ont été estimés.	2013-2014	R		R		
La compilation de l'unité de mesure « usager »n'est pas conforme aux définitions du MGF. Le système de compilation des unités de mesure n'étant pas integrés. Il est impossible d'identifier si un usager se présente à plus d'un site.	2014-2015	C	Cette déficience est abordée par l'intégration de tous les systèmes du CIUSSS en lien avec la mise en place d'un système de rendez-vous central			NR
Les unités de mesure « kilogramme de linge souillé » et « kilogramme de linge propre» ne sont pas conformes aux exigences du MGF pour le c/a 7604-Buanderie, car les établissements ne tiennent pas de registre pour compiler les unités de mesures.	2014-2015	C		R		
Les unités de mesure « l'unité technique provinciale » et « l'usager »	2015-2016	C		R		

AS-471 - Rapport financier annuel Gabarit LPRG-2017.1.0 Révisée: 2016-2017

Timbre valideur: 2017-06-13 14:51:06 Rapport V 0.5

pour les centres d'activité 6350 - Inhalothérapie n'ont pas été entièrement compilées au cours de la période financière en raison de moyens de pression exercés par les inhalothérapeutes						
L'unité de mesure « la visite » pour le centre d'activité 6307 – Services de santé courants n'est pas été entièrement compilée au cours de la période financière en raison de moyens de pression exercés par les infirmières	2015-2016	C		R		
L'unité de mesure « Appel répondus» pour le centre d'activité 6090 – Info-Santé n'a pu être validée avec exactitude car il n'a pas été possible de générer des rapports détaillé des appel traités qui sont reportés au sommaire cumulatif annuel pour ces centres d'activités	2015-2016	C	Causé par les limites du système, ceci sera abordé avec le MSSS.			NR
L'unité de mesure « La minute dictée» pour le centre d'activité 7530 – Réception - Archives – Télécommunication au sous-centre d'activité 7536 - Transcription des dictées médicales n'a pu être validée avec exactitude car l'établissement a effectué une estimation des minutes dictées pour ces centres d'activités	2015-2016	C		R		
Les unités de mesure " les heures de prestation de services " et "l'usager" du centre d'activité 8002 - Évaluation, expertise et orientation-déficience physique n'ont pas fait l'objet d'une compilation au cours de l'exercice 2016-2017.	2015-2016	C	Cette déficience sera corrigée pour l'année financière 2017-2018.			NR
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Les pilotes ont la responsabilté d'attribuer les droits d'accès aux systèmes alors qu'ils devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles, ce qui ne permet pas d'atteindre la mesure 4.2.1 du Cadre global de gestion.	2012-2013	C	Relié aux limites du système.			NR
Le résultat des opérations de l'établissement va à l'encontre de la	2015-2016	C		R		

loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux qui mentionne qu'aucun établissement public ne doit encourir le déficit à la fin de l'année financière. En effet, le déficit du fonds d'exploitation se chiffre à 4 708 099$ et correspond au surplus cumulé des établissement CSSS Cavendish, CSSS de la Montagne, Centre Miriam et Centre de Réadaptation Constance Lethbridge fusionnés au 1er avril 2015. L'utilisation de ces surplus cumulés pour financer le déficit de l'exercice 2015-2016 a été communiqué au ministère par la direction du CIUSSS.						
L'établissement détient des placements en action d'autres corporations, ce qui contrevient à la loi sur la santé et les services sociaux.	2015-2016	C		R		
Les placements sont inscrits aux livres au coût au lieu de la juste valeur. Les placements sont donc sous évalués de $1 781 485.	2015-2016	C		R		
Une des composantes n'attribue pas les intérêts aux propriétaires des comptes en fiducie.	2015-2016	C	À l'origine, l'anomalie relevée en 2015-2016 a été corrigée, par contre, une nouvelle anomalie d'une autre composante a été relevée en 2016-2017 et sera corrigée en 2017-2018.			NR
Rapport à la gouvernance						

10. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

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

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

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

PRÉAMBULE

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

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

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondement légal

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

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.

- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).

- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).

- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).

- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).

- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbysme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances[7].

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

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

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

6. Diffusion

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

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

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

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

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

8.5 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 partisanes.

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 élective.
- 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 è l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

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

Section 4 – APPLICATION

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

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

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

18. Comité d'examen ad hoc

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

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

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

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

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

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

Processus disciplinaire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

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

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

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

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

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

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

_____	_____	_____
Signature	**Date** *[aaaa-mm-jj]*	**Lieu**
_____		_____
Nom du commissaire à l'assermentation		**Signature**

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

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

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____	_____	_____
Signature	**Date** *[aaaa-mm-jj]*	**Lieu**

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

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

1. Intérêts pécuniaires

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

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

_____

_____

2. Titre d'administrateur

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

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

_____

_____

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

_____ _____ _____

Signature **Date** *[aaaa-mm-jj]* **Lieu**

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

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

1. Intérêts pécuniaires

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

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

_____
_____
_____

2. Titre d'administrateur

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

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

_____
_____
_____

3. Emploi

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

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

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

_____	_____	_____
Signature	**Date** *[aaaa-mm-jj]*	**Lieu**

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

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

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

_____	_____	_____
Signature	**Date** *[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**

ANNEXE 2 : L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS (suite)

Observations, suggestions et recommandations

Médecin examinateur (Dr Paul Warshawsky)

Qualité des soins et consentement éclairé

1. Plusieurs plaintes portaient sur le consentement éclairé. Il est évident que la compréhension du patient de l'information médicale fournie comporte plusieurs facettes et nuances, néanmoins, il importe de dûment consigner le consentement. Une note précisant que « le patient a donné son consentement éclairé » est vague et soulève la question de l'interprétation du terme « éclairé ». À mon avis, il est juste d'expliquer au préalable au patient les principaux risques et avantages associés à l'intervention prévue et cette discussion devrait faire l'objet d'un document d'attestation versé au dossier médical du patient. Par conséquent, je recommande que chaque Service de l'hôpital se penche sur cette question et établisse une marche à suivre et une politique appropriées à cet égard.

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Accès aux services

2. L'accès par téléphone reste difficile à l'échelle du CIUSSS. Les usagers continuent à signaler qu'il est difficile d'obtenir un accès téléphonique simple et facile pour prendre, changer ou confirmer un rendez-vous et pour demander de l'information sur les services. La plupart de ces plaintes touchent l'Hôpital général juif et les CLSC. Il s'agit d'un obstacle à l'accès aux services, particulièrement pour les personnes en situation de vulnérabilité, qui peut entraîner de la frustration.

   La réceptionniste de première ligne est la principale victime de ces plaintes, car elle n'a pas toujours les moyens de traiter le volume ou de faire face à la colère qui traduit la frustration des usagers. L'implantation actuelle d'un bureau de rendez-vous central à l'Hôpital général juif pourrait faciliter la prise des rendez-vous, mais pour l'instant, le nombre de plaintes ne semble pas changer. Il faut également envisager d'autres solutions, notamment un accès en ligne ou par courriel. La Campagne pour le respect qui sera bientôt lancée formera les réceptionnistes à répondre aux usagers, mais il faudra prévoir un encadrement continu de ce personnel de première ligne pour lui permettre de conserver les apprentissages. De plus, comme le travail de ces employés changera et augmentera, ils auront besoin d'aide pour pouvoir prioriser leurs tâches conformément aux valeurs et aux objectifs de l'ensemble du CIUSSS.

3. Les familles ayant besoin de soins et services de notre CIUSSS se retrouvent souvent exposées à plus d'un Service ou à plus d'une direction. Le règlement de certains

problèmes, comme la gestion des cas, la confidentialité ou même l'admissibilité à certains programmes du gouvernement, exige la collaboration de tous les membres du personnel appelés à fournir ce service.

Bien que cette collaboration fonctionne généralement bien, il arrive parfois que le manque d'un membre « pivot » du personnel interfère avec le règlement des problèmes ou l'adoption de solutions efficaces. Je recommande donc qu'un membre de la direction soit désigné comme « arbitre » dans ce genre de situation. Je crois que la directrice-générale adjointe (directrice-générale adjointe et directrice, Qualité, Évaluation, Performance et Éthique) est la personne toute désignée pour s'acquitter de cette fonction. Un simple mécanisme devrait être établi, implanté et bien communiqué à l'échelle du CIUSSS pour permettre aux membres du personnel d'informer la directrice-générale adjointe de toute affaire contentieuse afin qu'elle puisse négocier la meilleure solution possible avec les gestionnaires.

Naviguer dans le système

4. Dans les soins actifs, nous constatons une augmentation du nombre de cas de refus des congés planifiés pour le patient par les membres de la famille. Cette situation provoque des relations conflictuelles où les menaces d'actions judiciaires sont de plus en plus brandies. Il est difficile de bien cerner ce phénomène, mais il pourrait traduire une perte de confiance dans le système de la santé ainsi que le rejet des options de placement par la famille, qui les juge trop loin ou inappropriées. Par ailleurs, les rapports dans les médias qui traitent des lacunes dans le système nourrissent la perception qu'il faut faire preuve d'une hypervigilance pour veiller à ce que nos êtres chers soient bien soignés. Cette hypervigilance exacerbe les sentiments d'insatisfaction et entraîne des affrontements accrus entre le personnel et les usagers ou leurs représentants.

   Je crois qu'il nous incombe de mieux expliquer à la collectivité l'évolution de la médecine, du réseau et du rôle de l'hôpital. En effet, l'objectif de l'hospitalisation est de retourner le patient chez lui ou dans un milieu familial dès qu'il est jugé apte sur le plan clinique de quitter l'hôpital. Les hôpitaux ne sont pas un lieu où les patients peuvent se reposer ou reprendre des forces, mais des centres de soins actifs conçus pour fournir des soins de courte durée. Une fois ces soins fournis, les patients sont tenus de quitter l'hôpital (article 14, LSSSS). Au-delà de cette exigence légale, il reste que le milieu familial est plus sûr et plus propice au rétablissement et à une meilleure qualité de vie. Cette approche a également l'avantage d'accorder aux personnes dans le besoin un meilleur accès aux soins actifs.

   Une campagne de communication décrivant les objectifs, risques et avantages de l'hospitalisation pourrait être bénéfique. De plus, il faudrait expliquer que bien que le « choix de l'établissement » soit encore un droit prévu par la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec, il ne représente pas un droit inconditionnel ou absolu (articles 6 et 13 de la LSSSS).

Les efforts récemment déployés par l'Hôpital général juif pour atteindre l'objectif de « 0 patient aux urgences pendant 24 heures » -- qui ont permis d'éviter que les patients restent inutilement au Service d'urgence – pourraient contribuer à cette initiative puisque le congé doit être planifié dans les 48 heures suivant l'admission. La planification du congé s'intègre donc au programme de soins dès le début, comme il se doit. Toutefois, le défi dans les étages, surtout lorsque les rotations sont fréquentes, sera de veiller à ce que l'information soit bien communiquée entre les équipes et que les familles et patients soient tenus au courant du programme de soins et du congé planifié. Cet échange d'information se révèle particulièrement difficile lorsque la rotation des médecins et résidents est fréquente ou lorsqu'il s'agit de patients admis dans un Service autre que celui habituellement réservé aux soins prévus, qui parfois se plaignent de se sentir comme des « orphelins ». Les programmes de soins et congés devraient être modifiés seulement si l'état ou la situation du patient change et non en raison de changements professionnels.

Il faudra élaborer un outil pour actualiser cette information et la communiquer à toutes les parties concernées.

5. Les usagers disent que leur frustration est exacerbée lorsqu'ils s'adressent à un membre du personnel déclarant ne pas savoir qui est responsable d'un service donné ou vers qui les diriger pour recevoir l'information recherchée. Il importe donc de fournir régulièrement au personnel de la réception les organigrammes des Services et les listes du personnel à jour. Il serait également très utile et plus efficace de désigner un Service (par ex. : les Communications) comme responsable de les aider à obtenir cette information. Le nouveau processus mis en place dernièrement pour actualiser le répertoire téléphonique du personnel sera certainement utile si toutes les personnes concernées comprennent l'importance de tenir l'information à jour.

   D'autres CIUSSS à Montréal ont mis à la disposition des usagers un numéro de téléphone central pour leur permettre d'obtenir de l'information sur l'accès aux services et d'être dirigés vers les personnes aptes à leur fournir des réponses à leurs questions. Il serait utile d'évaluer l'efficacité de ce processus avec ces CIUSSS. De plus, la qualité du travail et la satisfaction professionnelle de ces employés de première ligne s'amélioreraient s'ils se sentaient plus appuyés.

6. Le CIUSSS entame sa troisième année d'activité et, bien que des gains importants aient été réalisés sur le plan de la continuité des soins, de la réduction du travail en double, de l'établissement de meilleurs partenariats entre les équipes -- à la fois au sein du CIUSSS et en dehors -- et de l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires, il reste encore du travail à accomplir.

   Cela est particulièrement évident lorsque les patients passent par divers services (soins actifs aux soins de réadaptation aux soins à domicile et services communautaires, etc.) et que les attentes établies par le Service orienteur pour le

Service destinataire ne correspondent pas aux expériences de l'usager. Ce manque de cohérence altère la confiance des usagers envers l'ensemble du CIUSSS. Il est très important que chaque Service fasse tout son possible pour non seulement comprendre le mandat et la capacité du Service suivant, mais pour confirmer à l'avance ce à quoi l'usager est en droit de s'attendre.

Également, le personnel des divers services n'est pas toujours d'accord sur les besoins de l'usager. Bien que ces désaccords soient naturels et réglés la plupart du temps, le débat ne devrait pas avoir lieu en présence de l'usager ou de la famille. À mon avis, il faut autant que possible régler les divergences d'opinions avant les réunions de planification du congé du patient. Si la question ne peut être résolue, il devient alors important de faire appel à la direction pour trouver des solutions et arriver à un consensus.

Enfin, à cet égard, il faudrait envisager un processus transversal de gestion des cas, surtout lorsqu'il s'agit de personnes âgées et fragiles. Même si celles-ci sont souvent déplacées entre les services communautaires, les soins actifs et les services de réadaptation, la gestion d'ensemble du cas devrait incomber à l'établissement où la personne est le plus susceptible de retourner ou de rester.

Relations interpersonnelles

7. La structure transversale de notre CIUSSS est non seulement déroutante parfois, mais elle ne favorise pas toujours un environnement de travail d'équipe au sein de chaque direction. De plus, il n'est pas toujours facile pour le personnel de comprendre le besoin de certains changements, et par conséquent, difficile pour lui d'intégrer et d'adopter les valeurs et objectifs nouveaux dans la prestation des services. Cette frustration transparaît parfois dans les communications avec les usagers, car le personnel est souvent tenu d'expliquer le motif et l'incidence des changements.

   À mon avis, cette situation évoque un processus de prise de décisions « au sommet » et n'encourage ni ne facilite la transmission d'informations au personnel tenu de s'acquitter des tâches ou d'implanter les décisions. Il faudrait encourager les cadres supérieurs et intermédiaires à être plus présents dans tous les établissements et si possible, à inviter leurs employés à des réunions afin de leur permettre d'exprimer leurs préoccupations, opinions et suggestions.

   Par ailleurs, le personnel de direction intermédiaire devrait se réunir régulièrement, au niveau intradivisionnel et interdivisionnel, pour faciliter l'échange d'information et faire meilleure connaissance. Ces réunions peuvent aussi toujours se prêter à des séances de formation.

   À mon avis, ces rencontres pourraient aider tous les membres du personnel à se sentir plus respectés et plus engagés et, par extension, plus respectueux dans leurs interactions. En effet, ces réunions permettraient aux employés d'exprimer

régulièrement leurs préoccupations et de trouver des solutions plus créatives aux problèmes de leurs clients ou patients. Le personnel de première ligne est une mine d'informations et de connaissances précieuses sur les usagers des services.

8. Comme je l'ai mentionné dans l'introduction, tout le monde travaille très fort pour fournir des soins de la meilleure qualité qui soit. Bien que le personnel de réception constitue le premier contact que la plupart des gens ont avec l'organisation, il bénéficie de relativement peu d'encadrement actif (supervision, consultation, évaluation et formation).

   Par ailleurs, les changements et la pression accrus à tous les échelons rendent le personnel généralement moins patient et moins serviable qu'il le serait normalement, facteurs qui influent également sur leur satisfaction au travail. Une Campagne pour le respect sera bientôt lancée à grande échelle pour, d'une part, doter le personnel des aptitudes requises afin de gérer les situations stressantes et, d'autre part, lui fournir les moyens de faire face aux usagers difficiles. Afin qu'elle puisse avoir un effet soutenu, cette campagne doit être suivie par des consultations et une supervision constantes.

Qualité des soins

9. Comme je l'ai décrit dans la section précédente, le développement efficace du GMF a donné lieu à certains problèmes. En effet, dans ce partenariat public-privé, l'autorité du commissaire à l'égard d'une plainte enregistrée à propos d'un service fourni par le GMF n'est pas claire. L'accès téléphonique est essentiel, mais le personnel et la technologie n'appartiennent pas au CIUSSS et par conséquent, ils ne relèvent pas de l'autorité du commissaire.

   Même la jurisprudence ne permet pas de clarifier la responsabilité du commissaire à l'égard des plaintes déposées contre le personnel contractuel du CIUSSS qui fournit des soins au sein du GMF. Enfin, l'accès au dossier clinique de l'usager qui souhaite formuler une plainte n'est également ni clair ni simple.

   Étant donné la relation contractuelle entre le CIUSSS et le GMF, je recommande que le contrat soit modifié pour inclure l'examen des plaintes et la question de l'accès au dossier médical par le commissaire et par l'usager, qui a le droit de consulter son dossier.

   Je recommande aussi que le même principe visant à clarifier la responsabilité et l'autorité d'examen des plaintes soit inclus dans tout programme encadré par une relation contractuelle, notamment celui des ressources intermédiaires (RI).

10. Il continue d'être difficile d'assurer la qualité des soins fournis par les agences privées, particulièrement celles œuvrant dans les soins à domicile. Les efforts actuellement mis en place au moyen du programme de Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) pour améliorer la situation doivent être poursuivis.

Toutefois, tant que les agences privées feront partie de la prestation des services, elles devront être tenues responsables d'assurer une qualité de soins acceptable et constante, conformément à leur contrat. De plus, il faudrait établir un processus clair de réponse aux plaintes formulées par les usagers et tenir la direction de ces agences privées responsable d'y répondre.

Gestion des risques et sécurité

11. Le processus de gestion des risques du CIUSSS est un élément clé de sa démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Des efforts importants ont été déployés par l'équipe Qualité pour veiller à l'application continue des principes et processus de gestion des risques. J'appuie fortement cette initiative de l'équipe Qualité et je suggère que le personnel reçoive une description des responsabilités, délais et étapes suivantes afin de participer plus activement au processus de gestion des risques.

    Trois éléments clés du processus de gestion des risques exigent à mon avis une attention particulière : gestion de l'événement, signalement de l'événement, et suivi et résolution de l'événement. L'objectif de l'ensemble du processus est d'assurer des soins immédiats et appropriés, permettre un signalement transparent et complémentaire et établir des mesures visant à prévenir les récidives. À chacune de ces étapes, il importe de clarifier et de fournir par écrit les responsabilités du personnel et des gestionnaires. En effet, la personne responsable de conclure le processus n'est pas toujours connue en raison du nombre de personnes concernées. À mon avis, le gestionnaire de l'unité ou du Service où l'accident s'est produit est le mieux indiqué pour conclure le processus, c'est-à-dire informer l'usager et sa famille des mesures envisagées.

12. La sécurité et la perte d'objets personnels et de valeur restent une source d'insatisfaction et de coûts pour les usagers et le CIUSSS. La directrice-générale adjointe, Qualité, Évaluation, Performance et Éthique, a intégré à son plan d'amélioration triennal l'objectif d'améliorer cette situation.

    Les usagers qui perdent des objets personnels associent cette situation à un manque de respect et de compassion et perdent confiance dans le système. Les usagers doivent se sentir en sécurité au sein des établissements où ils reçoivent des soins.

    Même s'il est, à mon avis, impossible d'atteindre un niveau de sécurité parfait, il m'apparaît également clair que certains points dans le cheminement des soins dans tout établissement de soins de santé sont moins sécuritaires que d'autres. Cela comprend tous les cas de transfert ou de transport d'un patient. Je crois que le CIUSSS peut mieux protéger les objets personnels des usagers en aménageant un environnement qui rappelle au personnel, aux patients et à la famille le besoin de rester vigilants. Il est important d'encourager fortement et continuellement les familles à emporter les objets de valeur à la maison. Il faudrait également adopter un

processus cohérent pour consigner les effets personnels des usagers en situation de vulnérabilité.

Processus d'examen des plaintes

13. Le délai moyen d'examen des plaintes médicales à l'Hôpital général juif a non seulement augmenté, mais il est difficile pour les patients et les médecins touchés par la plainte. Le médecin examinateur récemment embauché par l'Hôpital général juif aidera certainement à respecter le délai de règlement de 45 jours imposé par la LSSSS pour les nouvelles plaintes. Il existe plusieurs médecins examinateurs au CIUSSS et la liste de ces derniers sera bientôt actualisée. Il importera que cette liste ne rattache pas les médecins à un établissement en particulier afin que ces derniers puissent concerter leurs efforts en vue de régler les retards et éviter qu'ils ne se reproduisent.

    Les médecins examinateurs ont besoin de soutien administratif. Auparavant, ce travail était assuré soit par le bureau local des services professionnels, soit par le bureau du directeur-général des établissements maintenant regroupés au sein du CIUSSS. Il est important que les médecins examinateurs bénéficient d'un soutien administratif organisé et normalisé. La charge de travail actuelle du personnel administratif du bureau du commissaire est déjà assez lourde en raison des responsabilités administratives supplémentaires du commissaire.

14. Il est clair que plus de 60 % des plaintes du CIUSSS proviennent de l'Hôpital général juif. Il faudrait revoir la charge de travail et remanier les responsabilités pour refléter cette réalité. Il est également important de tenir compte des observations faites ci-dessus, notamment que la présence du commissaire au sein d'un établissement facilite l'accès au processus et donc augmenter le nombre d'assistances et de plaintes. Les ressources maintenant affectées au bureau du commissaire comprennent un poste de gestionnaire temporaire. Quand ce poste disparaîtra en 2018, il incombera aux membres du conseil d'administration et du comité de vigilance de s'assurer que le commissaire dispose des ressources appropriées pour répondre aux besoins des usagers à cet égard.

    De plus, l'incidence du projet de loi 115 récemment adopté par l'Assemblée nationale sur les responsabilités du CIUSSS et du CLPQS augmente l'importance d'entourer le bureau du commissaire de ressources suffisantes.

15. Le système de gestion de l'information SIGPAQS devrait être mieux utilisé pour aider le CLPQS à surveiller l'application du processus de plainte. La liste des établissements et de leurs services détaillés doit être configurée pour mieux refléter l'organigramme du CIUSSS et ainsi fournir aux gestionnaires de meilleures données. Le CIUSSS ne pourra pas accomplir cela à lui seul et le bureau des plaintes aura besoin de ressources et de la collaboration des directions pour implanter cette mesure.

Annexe A

Personnel de la commissaire aux plaintes
Rosemary Steinberg, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
Hanh Vo, commissaire adjointe aux plaintes et à la qualité des services
Claude Malette, commissaire adjoint par intérim aux plaintes et à la qualité des services
Maude Laliberté, commissaire adjointe par intérim aux plaintes et à la qualité des services
Helen Vassiliou, membre du personnel administratif
Kimberly Dagenais, membre du personnel administratif (0.6)
Marie-Madeleine Chaslas, membre du personnel administratif (0.2)

Médecins examinateurs
Dr Paul Warshawsky
Dr Harvey Sigman
Dr Markus Martin
Dr Rubin Becker
Dr Alexander Motard

Comité de révision
Vivian Konigsberg, présidente
Dre Judy Glass, chef du Service de psychiatrie d'urgence, Hôpital général juif
Dre Sylvie Boulet, médecin de famille, CLSC Côte-des-Neiges, Point de service Outremont

Annexe B

Liste des établissements tels qu'inscrits dans le système SIGPAQS
MAH (Mécanisme d'accès à l'hébergement)
SAPA (Soutien à l'autonomie des personnes âgées)
Centrale Info-Santé
Centre de réadaptation MAB-Mackay
Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
Centre gériatrique Donald Berman Maimonides
Centre Miriam
CHLSD juif de Montréal
Centre d'hébergement Father-Dowd
Centre d'hébergement Henri-Bradet
Centre d'hébergement Saint-Andrew
Centre d'hébergement Saint-Margaret
CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
CLSC de Côte-des-Neiges
CLSC de Benny Farm
CLSC de Métro
CLSC de Parc-Extension

CLSC René-Cassin
CSSS Cavendish
CSSS de la Montagne
GMF (Groupe de médecine familiale)
Hôpital Catherine-Booth
Hôpital Mont-Sinaï
Hôpital Richardson
Les Pavillons de Lasalle-Cavendish
Hôpital général juif
Maison bleue de Côte-des-Neiges
Maison bleue de Parc-Extension
Maison des naissances de Côte-des-Neiges
Manoir Renaissance
Point de service Outremont

Résidences privées
Résidence Salomon
Ressource de la Montagne
Site Plaza
Lev Tov
Maison Paternelle

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

Hôpital général juif Jewish General Hospital

Département Gestion Information
Information Management

Date du rapport : 2017-05-18
Responsables indicateurs : Tous les responsables

Ententes de gestion
ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

ANNÉE : 2016-2017

CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PERIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
SANTÉ PUBLIQUE																					
Objectif: Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées au séjour en milieu hospitalier																					
1011901	1-JGH	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (JGH)	100%	13	100%	0.0%	100.0%														100%
1011901	CIUSSS	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (CIUSSS)	100%	13	100%	0.0%	100.0%														100%
1011902	1-JGH	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 (JGH)	100%	13	100%	0.0%	100.0%														100%
1011902	CIUSSS	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 (CIUSSS)	100%	13	100%	0.0%	100.0%														100%
1011903	1-JGH	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 (JGH)	100%	13	100%	0.0%	100.0%														100%
1011903	CIUSSS	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 (CIUSSS)	100%	13	100%	0.0%	100.0%														100%
1011904	1-JGH	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 (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS) (JGH)	100%	13	100%	0.0%															100%
1011904	CIUSSS	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 (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS) (CIUSSS)	100%	13	100%	0.0%															100%
Objectif: Renforcer la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang																					

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

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

Hôpital général juif
Jewish General Hospital

Département Gestion Information
Information Management

Date du rapport : 2017-05-18
Responsables indicateurs : Tous les responsables

Ententes de gestion
ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

ANNÉE : 2016-2017

CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PERIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RESULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
SERVI CES GÉNÉRAUX																					
10204	9.2-AM	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 (de la Montagne)	90%	13	84.1%	6.6%	93.4%	↙	77.2%	80.9%	82.3%	83.4%	84.4%	84.5%	84.1%	83.9%	84.1%	84.1%	84.2%	84.2%	84.1 %
10204	CIUSSS	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 (CIUSSS)	90%	13	84.1%	6.6%	93.4%	↙	77.2%	80.9%	82.3%	83.4%	84.4%	84.5%	84.1%	83.9%	84.1%	84.1%	84.2%	84.2%	84.1 %
SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (SAPA)																					
Objectif: Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées																					
1030701	1-JGH	Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implantés les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée (JGH)	100%	13	100%	0.0%	100.0%														100%
1030701	CIUSSS	Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implantés les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée (CIUSSS)	100%	13	100%	0.0%	100.0%														100%
1030702	1-JGH	Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée (JGH)	100%	13	100%	0.0%															100%
1030702	CIUSSS	Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée (CIUSSS)	100%	13	100%	0.0%															100%
10310	2-CAV	Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale (Cavendish)	50%	13	100%	0.0%															100%
10310	3-DLM	Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale (de la Montagne)	50%	13	100%	0.0%															100%
10310	CIUSSS	Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale (CIUSSS)	50%	13	100%	0.0%															100%
10313	2.1-CHFD	Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus (CENTRE D'HEBERGEMENT FATHER-DOWD	77%	13	70.6%	8.3%	91.7%	↙					70.6%	70.6%	70.6%	76.2%	76.9%	76.9%	76.7%	71.9%	70.6 %
10313	2.2-	Pourcentage de personnes nouvellement admises en	77%	13	69.7%	9.5%	90.5%						77.8%	81.8%	76.9%	71.4%	66.7%	73.7%	73.1%	71%	69.7

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

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

Hôpital général juif
Jewish General Hospital

Département Gestion Information
Information Management

Date du rapport : 2017-05-18
Responsables indicateurs : Tous les responsables

Ententes de gestion
ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

ANNÉE : 2016-2017

CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PERIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
	CHSM	CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus (CENTRE D'HEBERGEMENT ST-MARGARET)						↙													%
10313	2.3-CHSA	Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus (CENTRE D'HEBERGEMENT ST-ANDREW)	77%	13	87.5%	13.6%	113.6%	↔					100%	83.3%	87.5%	77.8%	77.8%	77.8%	85.7%	87.5%	87.5 %
10313	2.4-CHHB	Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus (CENTRE D'HEBERGEMENT HENRI-BRADET)	77%	13	19.2%	75.1%	24.9%	↗					0%	0%	10%	9.1%	8.3%	7.7%	18.8%	18.2%	19.2 %
10313	6-CHGM	Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus (CENTRE HOSP. GERIATRIQUE MAIMONIDES)	77%	13	68.4%	11.2%	88.8%	↗					64.9%	64.1%	65.3%	63.4%	64.9%	63.9%	65.8%	66.2%	68.4 %
10313	8-HMS	Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus (Hopital Mont-Sinai)	77%	13	37.5%	51.3%	48.7%	↗					20%	23.1%	23.1%	25%	33.3%	35%	33.3%	37%	37.5 %
10313	9.01-CK	Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus (CHSLD Kastner)	77%	13	74.2%	3.6%	96.4%	↙					72.4%	73.8%	75.5%	75%	75.8%	77.5%	75.6%	74.7%	74.2 %
10313	CIUSSS	Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus (CIUSSS)	77%	13	64.9%	15.7%	84.3%	↔					63.4%	63.5%	64.5%	63.2%	64.6%	65%	66%	64.9%	64.9 %
SOUTIEN À DOMICILE DE LONGUE DURÉE																					
Objectif: Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée																					
10311	2-CAV	Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) (Cavendish)		13	2359										2300						2359
10311	3-DLM	Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) (de la Montagne)		13	3468										3341						3468
10311	CIUSSS	Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) (CIUSSS)	7072	13	5827	17.6%	82.4%	↗							5641						5827
10312	2-CAV	Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) (Cavendish)		13	85.7%										84.1%						85.7 %

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

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

Hôpital général juif
Jewish General Hospital

Ententes de gestion
ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

Département Gestion Information
Information Management

Date du rapport : 2017-05-18
Responsables indicateurs : Tous les responsables

ANNÉE : 2016-2017

CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PÉRIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
10312	3-DLM	Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) (de la Montagne)		13	87.8%										76.2%						87.8 %
10312	CIUSSS	Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA) (CIUSSS)	85%	13	86.9%	2.2%	102.2%	↗							79.5%						86.9 %
DÉFICIENCES																					
10515	7-CM	Délai moyen accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme (Centre Miriam)	80	13	214.6	168.3 %	-68.3%	↙						166.3							214.6
10515	CIUSSS	Délai moyen accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme (CIUSSS)	80	13	214.6	168.3 %	-68.3%	↙						166.3							214.6
1450401	2-CAV	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 - PRIORITÉ TOUS (Cumulée) (Cavendish)	97%	13	82.7%	14.7%	85.3%	↗	100%	85.7%	92.3%	94.4%	91.3%	92.3%	93.3%	90.9%	86.1%	84.6%	81.8%	81.6%	82.7 %
1450401	3-DLM	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 - PRIORITÉ TOUS (Cumulée) (de la Montagne)	97%	13	95%	2.1%	97.9%	↗	100%	100%	100%	93.3%	94.4%	95.5%	96.3%	93.1%	93.5%	93.9%	94.4%	94.9%	95%
1450401	CIUSSS	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 - PRIORITÉ TOUS (Cumulée) (CIUSSS)	97%	13	88%	9.3%	90.7%	↗	100%	93.8%	95.5%	93.9%	92.7%	93.8%	94.7%	91.9%	89.6%	88.9%	87.5%	87.5%	88%
1450405	2-CAV	Taux des demandes de services traitées en CRDP et 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 - PRIORITÉ TOUS (Périodique) (Cavendish)	96%	13	100%	4.2%	104.2%	↔						100%				100%			100%
1450405	4-MCK	Taux des demandes de services traitées en CRDP et 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	96%	13	97.5%	1.6%	101.6%	↙						98.8%				98.4%			97.5 %

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

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

Hôpital général juif
Jewish General Hospital

Département Gestion Information
Information Management

Date du rapport : 2017-05-18
Responsables indicateurs : Tous les responsables

Ententes de gestion
ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

ANNÉE : 2016-2017

CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PERIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
		l'autisme - TOUS ÂGES - PRIORITÉ TOUS (Périodique) (Mackay)																			
1450405	5-CLB	Taux des demandes de services traitées en CRDP et 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 - PRIORITÉ TOUS (Périodique) (Constance-Lethbridge)	96%	13	96.5%	0.5%	100.5%	↙						97.6%				96.7%			96.5 %
1450405	CIUSSS	Taux des demandes de services traitées en CRDP et 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 - PRIORITÉ TOUS (Périodique) (CIUSSS)	96%	13	97.3%	1.4%	101.4%	↙						98.5%				97.9%			97.3 %
1450501	2-CAV	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 - PRIORITÉ TOUS (Cumulée) (Cavendish)	95%	13	94%	1.1%	98.9%	↗	100%	75%	71.4%	78.6%	81.3%	85%	88.9%	91.2%	92.5%	92.9%	93.5%	93.8%	94%
1450501	3-DLM	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 - PRIORITÉ TOUS (Cumulée) (de la Montagne)	95%	13	96.3%	1.4%	101.4%	↙	100%	100%	100%	100%	96.6%	97.1%	97.5%	95.7%	96.6%	97%	97.3%	97.4%	96.3 %
1450501	CIUSSS	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 - PRIORITÉ TOUS (Cumulée) (CIUSSS)	95%	13	95.4%	0.4%	100.4%	↙	100%	90.9%	90.5%	91.2%	91.1%	92.6%	94%	93.8%	94.9%	95.4%	95.8%	96%	95.4 %
1450505	7-CM	Taux des demandes de services traitées en CRDP et 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 - PRIORITÉ TOUS (Périodique) (Centre Miriam)	93%	13	80.6%	13.3%	86.7%	↙						86.2%				86.5%			80.6 %
1450505	CIUSSS	Taux des demandes de services traitées en CRDP et 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 - PRIORITÉ TOUS (Périodique) (CIUSSS)	93%	13	80.6%	13.3%	86.7%	↙						86.2%				86.5%			80.6 %

DÉPENDANCE

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

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

Hôpital général juif
Jewish General Hospital

Ententes de gestion
ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

Département Gestion Information
Information Management

Date du rapport : 2017-05-18
Responsables indicateurs : Tous les responsables

ANNÉE : 2016-2017

CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PERIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
10706	2-CAV	Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance (Cavendish)	69%	13	66.7%	3.3%	96.7%	↔						66.7%							66.7 %
10706	3-DLM	Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance (de la Montagne)	69%	13	66.7%	3.3%	96.7%	↔						66.7%							66.7 %
10706	CIUSSS	Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance (CIUSSS)	69%	13	66.7%	3.3%	96.7%	↔						66.7%							66.7 %
SANTÉ MENTALE																					
Objectif: Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves																					
10813	2-CAV	Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère (Cavendish)	214	13	162	24.3%	75.7%														162
10813	CIUSSS	Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	214	13	162	24.3%	75.7%														162
10814	2-CAV	Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère (Cavendish)	214	13	162	24.3%	75.7%														162
10814	CIUSSS	Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	214	13	162	24.3%	75.7%														162
10815	1-JGH	Nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 30 jours (JGH)	470	13	50	89.4%	189.4%	↗						484							50
10815	CIUSSS	Nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 30 jours(CIUSSS)	470	13	50	89.4%	189.4%	↗						484							50
SANTÉ PHYSIQUE – Urgence																					
Objectif: Réduire le temps d'attente à l'urgence																					
10901	1-JGH	Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence (JGH)	12	13	13.953	16.3%	83.7%	↗	14.544	14.271	13.645	13.6	13.658	13.63	13.771	13.813	13.978	13.983	14.064	14.007	13.953
10901	CIUSSS	Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence (CIUSSS)	12	13	13.953	16.3%	83.7%	↗	14.544	14.271	13.645	13.6	13.658	13.63	13.771	13.813	13.978	13.983	14.064	14.007	13.953

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

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

Hôpital général juif
Jewish General Hospital

Département Gestion Information
Information Management

Date du rapport : 2017-05-18
Responsables indicateurs : Tous les responsables

Ententes de gestion
ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

ANNÉE : 2016-2017

CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PÉRIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
10943	1-JGH	Pourcentage de la clientèle don't le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures (JGH)	70%	13	66.7%	4.7%	95.3%	↗	55.3%	56.9%	61.3%	62.5%	62.9%	63.5%	64.1%	65.2%	65.9%	66.6%	66.4%	66.4%	66.7 %
10943	CIUSSS	Pourcentage de la clientèle don't le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures (CIUSSS)	70%	13	66.7%	4.7%	95.3%	↗	55.3%	56.9%	61.3%	62.5%	62.9%	63.5%	64.1%	65.2%	65.9%	66.6%	66.4%	66.4%	66.7 %
10944	1-JGH	Pourcentage de la clientèle ambulatoire don't la durée moyenne de séjour à l'urgence est moins de 4 heures (JGH)	70%	13	66.4%	5.1%	94.9%	↗	62.6%	62.7%	65.3%	65.5%	65.4%	65.6%	65.6%	66%	66.4%	66.9%	66.4%	66.3%	66.4 %
10944	CIUSSS	Pourcentage de la clientèle ambulatoire don't la durée moyenne de séjour à l'urgence est moins de 4 heures (CIUSSS)	70%	13	66.4%	5.1%	94.9%	↗	62.6%	62.7%	65.3%	65.5%	65.4%	65.6%	65.6%	66%	66.4%	66.9%	66.4%	66.3%	66.4 %
SANTÉ PHYSIQUE - Soins palliatifs et de fin de vie																					
Objectif: Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes																					
10905	2-CAV	Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile (Cavendish)		13	303				94	115	137	156	172	190	202	227	233	247	265	281	303
10905	3-DLM	Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile (de la Montagne)		13	334				93	119	140	154	171	193	217	237	262	280	300	322	334
10905	CIUSSS	Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile (CIUSSS)	720	13	637	11.5%	88.5%	↗	187	234	277	310	343	383	419	464	495	527	565	603	637
10945	1-JGH	Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie (JGH)		13	17									17							17
10945	8-HMS	Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie (Mont-Sinai)		13	15									15							15
10945	CIUSSS	Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie (CIUSSS)	38	13	32	15.8%	84.2%	↔						32							32
SANTÉ PHYSIQUE - Cardiologie tertiaire																					
SANTÉ PHYSIQUE - Services de première ligne																					
Objectif: Améliorer l'accès aux soins et services professionnels de première ligne																					

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal Québec

Hôpital général juif Jewish General Hospital

Ententes de gestion
ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

Département Gestion Information
Information Management

Date du rapport : 2017-05-18
Responsables indicateurs : Tous les responsables

ANNÉE : 2016-2017

CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PÉRIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
10925	2-CAV	Nombre total de GMF accrédités (Cavendish)		13	4									3				4			4
10925	3-DLM	Nombre total de GMF accrédités (de la Montagne)		13	8									8				9			8
10925	CIUSSS	Nombre total de GMF accrédités (CIUSSS)	11	13	12	9.1%	109.1%	↙						11				13			12
10927	2-CAV	Poucentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille (Cavendish)	62%	13	66.9%	7.9%	107.9%	↗						64.8%				66.2%			66.9 %
10927	3-DLM	Poucentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille (de la Montagne)	62%	13	57.6%	7.1%	92.9%	↗						54.6%				56.4%			57.6 %
10927	CIUSSS	Poucentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille (CIUSSS)	62%	13	61%	1.6%	98.4%	↗						58.3%				60%			61%

SANTÉ PHYSIQUE – Chirurgie — Fiche indicateur

Objectif: Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables (chirurgie)

1093200	1-JGH	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies (JGH)	0	13	12	100.0 %	0.0%	↗	9	7	11	8	10	15	13	12	17	17	16	16	12
1093200	9.1-SHR	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies (SHRINERS)	0	13	11	100.0 %	0.0%	↙	13	16	2	0	1	2	3	3	10	10	8	7	11
1093200	CIUSSS	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies (CIUSSS)	0	13	23	100.0 %	0.0%	↔	22	23	13	8	11	17	16	15	27	27	24	23	23
1093201	1-JGH	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour arthroplastie totale de la hanche (JGH)	0	13	0	100.0 %	100.0%	↔	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1093201	9.1-SHR	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour arthroplastie totale de la hanche (SHRINERS)	0	13	0	100.0 %	100.0%	↔	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1093201	CIUSSS	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour arthroplastie totale de la hanche (CIUSSS)	0	13	0	100.0 %	100.0%	↔	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal Québec

Hôpital général juif Jewish General Hospital

Département Gestion Information
Information Management

Date du rapport : 2017-05-18
Responsables indicateurs : Tous les responsables

Ententes de gestion
ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

ANNÉE : 2016-2017

CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PERIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
1093202	1-JGH	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour arthroplastie totale du genou (JGH)	0	13	0	100.0 %	100.0%	↔	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1093202	9.1-SHR	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour arthroplastie totale du genou (SHRINERS)	0	13	0	100.0 %	100.0%	↔	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1093202	CIUSSS	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour arthroplastie totale du genou (CIUSSS)	0	13	0	100.0 %	100.0%	↔	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1093203	1-JGH	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour cataracte (JGH)	0	13	0	100.0 %	100.0%	↔	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1093203	9.1-SHR	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour cataracte (SHRINERS)	0	13	0	100.0 %	100.0%	↔	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1093203	CIUSSS	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour cataracte (CIUSSS)	0	13	0	100.0 %	100.0%	↔	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1093204	1-JGH	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour chirurgie d'un jour (JGH)	0	13	6	100.0 %	0.0%	↙	3	3	7	4	3	6	4	2	5	6	5	5	6
1093204	9.1-SHR	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour chirurgie d'un jour (SHRINERS)	0	13	6	100.0 %	0.0%	↙	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	2	6
1093204	CIUSSS	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour chirurgie d'un jour (CIUSSS)	0	13	12	100.0 %	0.0%	↙	4	3	7	4	3	6	4	2	6	7	6	7	12
1093205	1-JGH	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour chirurgie avec hospitalisation (JGH)	0	13	6	100.0 %	0.0%	↗	6	4	4	4	7	9	9	10	12	11	11	11	6
1093205	9.1-SHR	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour chirurgie avec hospitalisation (SHRINERS)	0	13	5	100.0 %	0.0%	↔	12	16	2	0	1	2	3	3	9	9	7	5	5
1093205	CIUSSS	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour chirurgie avec hospitalisation (CIUSSS)	0	13	11	100.0 %	0.0%	↗	18	20	6	4	8	11	12	13	21	20	18	16	11

Objectif: Améliorer la survie des patients atteints de cancer

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

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

Hôpital général juif
Jewish General Hospital

Ententes de gestion
ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

Département Gestion Information
Information Management

Date du rapport : 2017-05-18
Responsables indicateurs : Tous les responsables

ANNÉE : 2016-2017

CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PÉRIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
1093301	1-JGH	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier) (JGH)	90%	13	38.9%	56.8%	43.2%	↗	41.2%	36.9%	38.7%	38.6%	38.3%	36.3%	35.4%	34.6%	36%	38%	37.9%	38.5%	38.9 %
1093301	CIUSSS	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier) (CIUSSS)	90%	13	38.9%	56.8%	43.2%	↗	41.2%	36.9%	38.7%	38.6%	38.3%	36.3%	35.4%	34.6%	36%	38%	37.9%	38.5%	38.9 %
1093302	1-JGH	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier) (JGH)	100%	13	74.2%	25.8%	74.2%	↗	71.8%	68.9%	69.7%	71.3%	71.6%	70.2%	70.3%	70.5%	71.5%	72.6%	73%	73.6%	74.2 %
1093302	CIUSSS	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier) (CIUSSS)	100%	13	74.2%	25.8%	74.2%	↗	71.8%	68.9%	69.7%	71.3%	71.6%	70.2%	70.3%	70.5%	71.5%	72.6%	73%	73.6%	74.2 %
SANTÉ PHYSIQUE - Imagerie médicale																					
Objectif: Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables (Imagerie médicale)																					
1093400	1-JGH	Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente de moins de trois mois pour chacun des neuf types d'examens diagnostiques	80%	13	54.9%	31.4%	68.6%	↗	20.3%	19.9%	20.6%	19.7%	17.7%	17.5%	17.5%	20.3%	21.4%	26.6%	41.6%	48.6%	54.9 %
1093400	CIUSSS	Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente de moins de trois mois pour chacun des neuf types d'examens diagnostiques	80%	13	54.9%	31.4%	68.6%	↗	20.3%	19.9%	20.6%	19.7%	17.7%	17.5%	17.5%	20.3%	21.4%	26.6%	41.6%	48.6%	54.9 %
1093402	1-JGH	Imagerie médicale pour les scopies	80%	13	87.5%	9.4%	109.4%	↔	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	87.5%	87.5 %
1093402	CIUSSS	Imagerie médicale pour les scopies	80%	13	87.5%	9.4%	109.4%	↔	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	87.5%	87.5 %
1093403	1-JGH	Imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	80%	13																	
1093403	CIUSSS	Imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	80%	13																	
1093404	1-JGH	Imagerie médicale pour les échographies obstétricales	80%	13	100%	25.0%	125.0%	↗	95.9%	95.1%	97.4%	97%	96.7%	96.5%	94.2%	95.7%	96.3%	97.6%	99.8%	99.8%	100%
1093404	CIUSSS	Imagerie médicale pour les échographies obstétricales	80%	13	100%	25.0%	125.0%		95.9%	95.1%	97.4%	97%	96.7%	96.5%	94.2%	95.7%	96.3%	97.6%	99.8%	99.8%	100%

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

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

Hôpital général juif
Jewish General Hospital

Département Gestion Information
Information Management

Date du rapport : 2017-05-18
Responsables indicateurs : Tous les responsables

Ententes de gestion
ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

ANNÉE : 2016-2017

CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PÉRIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
								↗													
1093405	1-JGH	Imagerie médicale pour les échographies cardiaques	80%	13	75.6%	5.5%	94.5%	↗	6.3%	6.4%	7.8%	8%	7.6%	12%	15.1%	20.1%	25.8%	31.9%	59.2%	62.8%	75.6 %
1093405	CIUSSS	Imagerie médicale pour les échographies cardiaques	80%	13	75.6%	5.5%	94.5%	↗	6.3%	6.4%	7.8%	8%	7.6%	12%	15.1%	20.1%	25.8%	31.9%	59.2%	62.8%	75.6 %
1093406	1-JGH	Imagerie médicale pour les échographies mammaires	80%	13																	
1093406	CIUSSS	Imagerie médicale pour les échographies mammaires	80%	13																	
1093407	1-JGH	Imagerie médicale pour les autres échographies	80%	13	22.1%	72.4%	27.6%	↗	8.5%	7.9%	9.4%	9.1%	6.8%	7.2%	7.7%	8.7%	7.5%	10.4%	21.5%	21.3%	22.1 %
1093407	CIUSSS	Imagerie médicale pour les autres échographies	80%	13	22.1%	72.4%	27.6%	↗	8.5%	7.9%	9.4%	9.1%	6.8%	7.2%	7.7%	8.7%	7.5%	10.4%	21.5%	21.3%	22.1 %
1093408	1-JGH	Imagerie médicale pour les tomodensitométries	80%	13	84.9%	6.1%	106.1%	↗	55.6%	52.5%	46.3%	38.4%	31.8%	28.6%	23.2%	21.7%	27.6%	52%	65.3%	83.8%	84.9 %
1093408	CIUSSS	Imagerie médicale pour les tomodensitométries	80%	13	84.9%	6.1%	106.1%	↗	55.6%	52.5%	46.3%	38.4%	31.8%	28.6%	23.2%	21.7%	27.6%	52%	65.3%	83.8%	84.9 %
1093409	1-JGH	Imagerie médicale pour les résonances magnétiques	80%	13	80.9%	1.1%	101.1%	↗	14.5%	19.2%	20.5%	22.2%	26.7%	15.5%	20.5%	24.4%	36.9%	31.3%	36.5%	64%	80.9 %
1093409	CIUSSS	Imagerie médicale pour les résonances magnétiques	80%	13	80.9%	1.1%	101.1%	↗	14.5%	19.2%	20.5%	22.2%	26.7%	15.5%	20.5%	24.4%	36.9%	31.3%	36.5%	64%	80.9 %
1093410	1-JGH	Imagerie médicale pour les TEP	80%	13																	
1093410	CIUSSS	Imagerie médicale pour les TEP	80%	13																	
HYGIÈNE ET SALUBRITÉ																					
20202	1-JGH	Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité (JGH)	100%	13	80%	20.0%	80.0%														80%

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

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

Hôpital général juif
Jewish General Hospital

Ententes de gestion
ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

Département Gestion Information
Information Management

Date du rapport : 2017-05-18
Responsables indicateurs : Tous les responsables

ANNÉE : 2016-2017

CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PERIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
20202	8-HMS	Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité (Hopital Mont-Sinai)	100%	13	100%	0.0%	100.0%														100%
20202	CIUSSS	Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité (CIUSSS)	100%	13	82.6%	17.4%	82.6%														82.6 %
RESSOURCES HUMAINES																					
Objectif: Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau																					
301	1-JGH	Ratio d'heures d'assurance salaire (JGH)	4.3	13	3.839	10.7%	110.7%	↗	3.821	3.965	3.986	3.962	3.987	3.967	3.941	3.887	3.857	3.901	3.893	3.872	3.839
301	2-CAV	Ratio d'heures d'assurance salaire (Cavendish)	4.3	13	6.971	62.1%	37.9%	↙	6.661	6.731	6.667	6.914	6.996	6.858	6.682	6.683	6.682	6.822	6.852	6.918	6.971
301	3-DLM	Ratio d'heures d'assurance salaire (de la Montagne)	4.3	13	6.453	50.1%	49.9%	↙	6.443	6.574	6.463	6.367	6.316	6.112	6.058	5.953	6.019	6.197	6.299	6.338	6.453
301	5-CLB	Ratio d'heures d'assurance salaire (Constance-Lethbridge)	4.3	13	4.902	14.0%	86.0%	↙	3.245	3.192	3.48	3.953	4.355	4.425	4.366	4.279	4.153	4.303	4.472	4.715	4.902
301	6-CHGM	Ratio d'heures d'assurance salaire (CENTRE HOSP. GERIATRIQUE MAIMONIDES)	4.3	13	5.404	25.7%	74.3%	↙	4.513	4.573	4.615	4.611	4.687	4.685	4.806	4.92	5.076	5.204	5.249	5.327	5.404
301	7-CM	Ratio d'heures d'assurance salaire (Centre Miriam)	4.3	13	7.306	69.9%	30.1%	↗	7.285	7.611	7.232	7.391	7.595	7.834	8.031	7.891	7.684	7.746	7.552	7.425	7.306
301	8-HMS	Ratio d'heures d'assurance salaire (Hopital Mont-Sinai)	4.3	13	7.48	74.0%	26.0%	↙	8.207	7.997	8.156	8.128	8	7.919	7.852	7.823	7.637	7.563	7.329	7.404	7.48
301	9.0-CJM	Ratio d'heures d'assurance salaire (CHSLD JUIF DE MONTREAL)	4.3	13	3.957	8.0%	108.0%	↗	3.231	3.222	3.371	3.46	3.386	3.454	3.524	3.653	3.8	4.022	4.171	4.217	3.957
301	CIUSSS	Ratio d'heures d'assurance salaire (CIUSSS)	4.3	13	4.988	16.0%	84.0%	↔	4.823	4.929	4.918	4.947	4.978	4.932	4.903	4.871	4.868	4.959	4.975	4.989	4.988

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

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

Hôpital général juif
Jewish General Hospital

Département Gestion Information
Information Management

Date du rapport : 2017-05-18
Responsables indicateurs : Tous les responsables

Ententes de gestion
ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

ANNÉE : 2016-2017

CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PERIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
30502	1-JGH	Taux d'heures supplémentaires (JGH)	2.18	13	4.016	84.2%	15.8%	↙	4.354	4.158	3.969	3.982	4.073	4.058	4.083	4.008	3.96	4.004	3.996	4.012	4.016
30502	2-CAV	Taux d'heures supplémentaires (Cavendish)	2.18	13	2.224	2.0%	98.0%	↙	2.144	1.966	1.878	1.927	2.054	2.108	2.08	2.074	2.095	2.098	2.126	2.198	2.224
30502	3-DLM	Taux d'heures supplémentaires (de la Montagne)	2.18	13	1.628	25.3%	125.3%	↙	1.911	1.873	1.817	1.786	1.772	1.704	1.622	1.59	1.583	1.572	1.595	1.61	1.628
30502	5-CLB	Taux d'heures supplémentaires (Constance-Lethbridge)	2.18	13	1.905	12.6%	112.6%	↗	2.856	2.401	2.454	2.386	2.497	2.306	2.139	2.042	1.95	1.87	1.778	1.91	1.905
30502	6-CHGM	Taux d'heures supplémentaires (CENTRE HOSP. GERIATRIQUE MAIMONIDES)	2.18	13	2.19	0.5%	99.5%	↙	2.243	1.613	1.41	1.654	1.855	1.879	1.845	1.872	1.923	2.06	2.107	2.122	2.19
30502	7-CM	Taux d'heures supplémentaires (Centre Miriam)	2.18	13	1.874	14.0%	114.0%	↗	3.496	2.352	2.086	2.207	2.333	2.303	2.185	2.032	2.003	1.943	1.872	1.895	1.874
30502	8-HMS	Taux d'heures supplémentaires (Hopital Mont-Sinai)	2.18	13	1.527	30.0%	130.0%	↙	2.605	1.878	1.7	1.639	1.66	1.575	1.476	1.4	1.401	1.475	1.483	1.486	1.527
30502	9.0-CJM	Taux d'heures supplémentaires (CHSLD JUIF DE MONTREAL)	2.18	13	2.495	14.4%	85.6%	↙	1.99	1.804	1.784	2.017	2.144	2.226	2.209	2.17	2.147	2.201	2.317	2.453	2.495
30502	CIUSSS	Taux d'heures supplémentaires (CIUSSS)	2.18	13	3.055	40.1%	59.9%	↙	3.304	3.057	2.919	2.965	3.062	3.054	3.036	2.984	2.961	2.994	3.003	3.038	3.055
30600	1-JGH	Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante (JGH)	5.31	13	1.264	76.2%	176.2%	↙	1.086	1.135	1.134	1.15	1.141	1.263	1.268	1.271	1.257	1.267	1.25	1.25	1.264
30600	2-CAV	Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante (Cavendish)	5.31	13	16.401	208.9 %	-108.9%	↙	16.61	15.497	15.795	15.726	15.674	15.667	15.532	15.494	15.402	15.613	15.713	15.913	16.401
30600	3-DLM	Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante (de la Montagne)	5.31	13	9.731	83.3%	16.7%	↙	3.132	9.35	9.086	9.322	9.556	9.457	9.69	9.442		8.833	8.931	9.565	9.731
30600	5-CLB	Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante (Constance-Lethbridge)	5.31	13	1.586	70.1%	170.1%		.201	.354		.561	.826	1.304	1.187	1.304	1.518	1.471	1.477	1.527	1.586

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

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

Hôpital général juif
Jewish General Hospital

Département Gestion Information
Information Management

Date du rapport : 2017-05-18
Responsables indicateurs : Tous les responsables

Ententes de gestion
ENGAGEMENTS de CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et MSSS

ANNÉE : 2016-2017

CODE INDICATEUR	INST	DESCRIPTION	ENGAGEMENT	DERNIÈRE PÉRIODE ENREGISTRÉE	DERNIER RÉSULTAT DISPONIBLE	% ÉCART	% RÉALISATION	SITUATION VERSUS RÉSULTAT PRÉCÉDENT	P01	P02	P03	P04	P05	P06	P07	P08	P09	P10	P11	P12	P13
								↙													
30600	6-CHGM	Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante (CENTRE HOSP. GERIATRIQUE MAIMONIDES)	5.31	13	.18	96.6%	196.6%	↙	.099	.057		.043	.046	.04	.139	.159	.157	.162	.16	.168	.18
30600	7-CM	Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante (Centre Miriam)	5.31	13	1.877	64.7%	164.7%	↗	.671	.63	.589			1.857	1.781	1.774	1.757	1.835	1.856	1.884	1.877
30600	8-HMS	Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante (Hopital Mont-Sinai)	5.31	13	4.321	18.6%	118.6%	↙	6.348	5.745	5.023	4.613	4.592	4.49	4.634	4.752	4.581	4.511	4.435	4.294	4.321
30600	9.0-CJM	Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante (CHSLD JUIF DE MONTREAL)	5.31	13	2.672	49.7%	149.7%	↙	.208	2.618	2.62	2.625	2.639	2.644	2.735	2.716	2.693	2.683	2.665	2.632	2.672
30600	CIUSSS	Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante (CIUSSS)	5.31	13	5.182	2.4%	102.4%	↙	4.164	4.898	4.897	4.91	4.939	5.021	5.045	5.005	4.834	4.929	4.943	5.057	5.182

Note :
**Sens de la flèche : Monter = la situation s'améliore par rapport à celle de la période disponible précédente*
Descendre = la situation s'aggrave par rapport à celle de la période disponible précédente
Horizontal = la situation est stable par rapport à celle de la période disponible précédente
** Couleur : Vert = Atteint cible (plus de 100% de réalisation)*
Orange = Non Atteint cible (de 80 à 99% de réalisation)
Rouge = Non Atteint cible (moins 80% de réalisation)
Source : GESTRED

Ce document peut contenir des renseignements protégés, confidentiels ou soustraits à la divulgation en vertu de la loi.
This document may contain information that is legally privileged, confidential or exempt from disclosure.

ANNEXE 4 : ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ 2016-2017

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES INFORMATIONS CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI) à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents :

Les résultats à la fin de l'année financière de l'exercice 2016-2017 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal présentent:

- les engagements et les résultats obtenus;
- des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de l'année financière de l'exercice 2016-2017.

Signé à Montréal le 15 juin 2017

Nom : _____

Titre : Présidente-directrice générale ou président-Directeur général

FICHES DE REDDITION DE COMPTES
DES ATTENTES SPÉCIFIQUES DU CHAPITRE III
DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

2016-2017

DIRECTION DES ENTENTES DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ
ET DES RELATIONS INSTITUTIONNELLES

27 MARS 2017

CONSIGNES
La signature de la ou du PDG sur la feuille de déclaration de fiabilité est obligatoire. La résolution du conseil d'administration de l'établissement n'est pas requise. L'information qui se trouve dans les fiches pour les chapitres III et IV doit être intégrée au rapport annuel de l'établissement. Les fiches doivent être retournées dans un seul fichier Excel (PDF en ajout), à l'adresse de courriel suivante : « **ententesdegestion@msss.gouv.qc.ca** » au plus tard le jeudi 15 juin 2017. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec nous à l'adresse mentionnée ci-dessus.

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

NOM LÉGAL DE L'ÉTABLISSEMENT : CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

PRÉNOM ET NOM DU RESPONSABLE DE L'EGI DE L'ÉTABLISSEMENT : Anne Lemay

DATE DE LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DU PDG : 2 juin 2017

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ÉCHÉANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	
SECTION I : SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)								
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION I : DATE DE VALIDATION DE LA SECTION I :			< Inscrire le prénom et nom du répondant pour la section ici > 2 juin 2017					
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					Régional

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					GESTRED formulaire 10516 transmis le 3 mai 2017

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ÉCHÉANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	
SECTION II : SERVICES SOCIAUX (DGSS)								
		PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION II : DATE DE VALIDATION DE LA SECTION II :	< Inscrire le prénom et nom du répondant pour la section ici > 2 juin 2017					
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'usagers ayant participé au programme.	R					GESTRED form 805 transmis le 11 mai 2017
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.	R					
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					GESTRED form 584 transmis le 21 avril 2017

2.5	PLAN TERRITORIAL D'AMÉLIORATION DE L'ACCÈS ET DE LA CONTINUITÉ	L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	R					Gabarit PTAAC transmis le 31 mai 2017
2.6	APPLICATION DU NOUVEAU LEXIQUE DES VARIABLES DU RELEVÉ QUOTIDIEN DE LA SITUATION À 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 postaigus 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	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ÉCHÉANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	
SECTION III : SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)								
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION III :			< Inscrire le prénom et nom du répondant pour la section ici >					
DATE DE VALIDATION DE LA SECTION III :			2 juin 2017					
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					Plan d'action : Réalisée Sauf l'autoéval demandée le 31 mars est annulée. La date de transmission de la prochaine autoéval prévue sera ramenée au 30 septembre 2017.

3.4	DÉPLOIEMENT DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE	L'établissement devra produire deux états de situation qui confirment la réalisation des actions suivantes : effectuer 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.	NA					Les établissements n'ont aucun livrable à produire en SPFV pour le chapitre III des ententes spécifiques 2016-2017.

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ÉCHÉANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	
SECTION IV : FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET (DGFIB)								
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION IV :			< Inscrire le prénom et nom du répondant pour la section ici >					
DATE DE VALIDATION DE LA SECTION IV :			2 juin 2017					
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 réalisés 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					GESTRED form 630 transmis P10

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ÉCHÉANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	
SECTION V : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGCRM)								
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION V :			< Inscrire le prénom et nom du répondant pour la section ici >					
DATE DE VALIDATION DE LA SECTION V :			2 juin 2017					
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.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	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					GESTRED form 9082 ne s'applique pas au CCOMTL

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					GESTRED form 9081 transmis P13
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					GESTRED form 9083 transmis P13
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.	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	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ÉCHÉANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	
SECTION VI : PLANIFICATION, ÉVALUATION ET QUALITÉ (DGPEQ)								
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION VI :			< Inscrire le prénom et nom du répondant pour la section ici >					
DATE DE VALIDATION DE LA SECTION VI :			2 juin 2017					
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	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ÉCHÉANT, MESURE(S) ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	
SECTION VII : TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION (DGTI)								
		PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION VII :	< Inscrire le prénom et nom du répondant pour la section ici >					
		DATE DE VALIDATION DE LA SECTION VII :	2 juin 2017					
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					

Consignes spécifiques

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

Les fiches de reddition de comptes de cette section concernent les indicateurs inscrits dans l'EGI 2016-2017, soit ceux de la planification stratégique du MSSS 2015-2020 (PS du MSSS 2015-2020), ainsi que les indicateurs des EGI (EG2) qui mesurent d'autres activités signifiantes du réseau.
Voici des consignes pour chacune des rubriques des fiches :

- **« Résultat 2015-2016 »** : le résultat à inscrire est la valeur disponible à la date du gel de T-BIG. Les informations concernant le gel de T-BIG vous seront fournies dans un bulletin;
- **« Engagement 2016-2017 »** : cet engagement est celui inscrit dans l'EGI 2016-2017 signée avec le MSSS. Si l'établissement n'avait pas d'engagement pour un indicateur en 2016-2017, nous demandons :
    1. de ne pas supprimer la fiche de cet indicateur ;
    2. d'inscrire N/A.

    ! Pour les indicateurs ayant fait l'objet d'un addenda, la valeur à inscrire est celle de l'addenda.

- **« Résultat 2016-2017 »** : il s'agit du résultat correspondant aux données inscrites et validées par l'établissement dans GESTRED pour la période 13 (P13) disponible à la date du gel de T-BIG;

- **« Engagement 2017-2018 »** : cet engagement est celui inscrit dans l'EGI 2017-2018 signée avec le MSSS. Si l'établissement n'a pas d'engagement pour un indicateur donné en 2017-2018, nous demandons :
    1. de ne pas supprimer la fiche de cet indicateur ;
    2. d'inscrire N/A.
- **« Reddition de comptes »** : pour chacun des indicateurs inscrits sur la fiche, tous les éléments suivants doivent être décrits :
    1. spécifier si l'engagement convenu dans l'EGI 2016-2017 est atteint ou non. Dans le cas où l'engagement n'est pas atteint, spécifier les mesures qui seront entreprises par l'établissement pour corriger la situation;
    2. identifier les facteurs qui expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement;
    3. apprécier l'évolution des résultats par rapport à l'année précédente, lorsque ces données sont disponibles;

4. identifier s'il y a eu des problèmes connus liés à la qualité des données et de la méthodologie de l'indicateur. Le cas échéant, spécifier les mesures qui seront mises en place par l'établissement pour corriger la situation.

- **« Nom de l'établissement »** : inscrire le nom de votre établissement;
- **« Prénom et nom du répondant »** : inscrire le nom de la personne ayant complété la fiche;
- **« Date »** : inscrire la date à laquelle la fiche a été complétée;
- **« * Résultats en date du : »** et **« ** Résultats en date du »** : inscrire la date à laquelle la valeur a été générée dans T-BIG. Celle-ci doit correspondre à la date de gel.

Fiche de reddition de comptes de fin d'annéede l'EGI 2016-2017 – Indicateur du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Prévention des infections

Objectif de résultats :	3. Renforcer la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Indicateur	***Résultat* 2015-2016***	***Engagement 2016-2017***	***Résultat** 2016-2017***	***Engagement 2017-2018***
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans (anciennement 1.01.24)	N/A	9130(régional)	**596 DLM** **501CVD** **1097 CIUSSS**	N/A

Reddition de comptes

Selon les projections, l'engagement régional sera atteint. Pour notre CIUSSS, augmentation des dépistages pour 2016-2017. Nous sommes à revoir notre offre de service. Nous allons augmenter notre offre de dépistages dans les écoles publiques du territoire et augmenter le dépistage de proximité (reaching out).

Nom de l'établissement : CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Prénom et nom du répondant : Dominique Dufour	**Date** : 10 mai 2017

* Résultats en date du : 31 mars 2016
** Résultats en date du : 31 mars 2017

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Première ligne et urgence

Objectif de résultats :	4. Améliorer l'accès aux soins et aux services professionnels de première ligne

Indicateur	*Résultat* 2015-2016*	*Engagement 2016-2017*	*Résultat** 2016-2017*	*Engagement 2017-2018*
1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF)	10	11	**12**	11
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	56.37	62.00	**61.02**	85.00

Reddition de comptes

Spécifier si l'engagement convenu dans l'EGI 2016-2017 est atteint ou non. Dans le cas où l'engagement n'est pas atteint, spécifier les mesures qui seront entreprises par l'établissement pour corriger la situation;

- Au cours de la dernière année, la direction des services intégrés de première ligne a mobilisé la section locale de la FMOQ, les représentants des tables locales de DRMG, le DRMG régional et les coordinateurs médicaux locaux afin de développer un projet visant à augmenter l'inscription de la population.
- De nombreuses représentations ont été faites auprès des médecins et gestionnaires de cliniques afin de les sensibiliser à l'importance d'augmenter le taux de prise en charge de la population.
- Un projet spécial a été mis en place afin de soutenir les médecins dans la prise en charge de nouveaux patients : attribution particulière de patients orphelins du territoire, prise de RV pour la clinique et contribution d'une infirmière pour documenter la situation du patient avant sa 1e visite avec le MD. Le projet a été présenté individuellement à chaque GMF et aux plus grosses cliniques. Une lettre a été envoyée à tous les médecins.
- La direction prévoit continuer travailler en collaboration avec la FMOQ et les DRMG, qui ont une plus grande influence auprès des médecins du territoire, afin de les mobiliser.

Identifier les facteurs qui expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement;

- Les médecins du territoire disent ne plus avoir la capacité de prendre de nouveaux patients;
- Dans le territoire du CIUSSS Centre-Ouest, les médecins voient, en plus des résidents, les personnes qui travaillent ou étudient au centre-ville. Plusieurs cliniques sont situées à la limite du territoire et reçoivent une proportion significative de patients venant des territoires avoisinants. Les médecins du territoire suivent 336 126 patients, ce qui équivaut à 105% de la population du CIUSSS.

- Lorsqu'ils inscrivent un nouveau patient, les médecins de famille le font selon des critères « cliniques » (maladie, vulnérabilité, besoin de prise en charge) sans tenir compte de la provenance du patient (territoire CIUSSS).
- Le CIUSSS n'a pas l'autorité d'imposer aux médecins du territoire d'inscrire plus de personnes provenant de sa population.
- Les médecins du territoire inscrivent malgré tout un grand nombre de patients, mais cela a peu d'impact sur la prise en charge de la population locale. Cela a un impact sur le taux d'inscription de la population québécoise, soit la cible réellement imposée aux médecins.
  En 2016-2017, les médecins du territoire ont inscrit un nombre record de 60 242 nouveaux patients. Pour la même période, seul 13 939 résidents du territoire ont été pris en charge par un médecin de famille.
- Les médecins boudent le GAMF, un outil permettant de recevoir des nouveaux patients situés à proximité de la clinique (donc possiblement du territoire). Ils préfèrent choisir eux-mêmes leurs nouveaux patients après les avoir vus en SRV à leur clinique et ce, peu importe leur provenance.
- 44.9% de la population de l'ancien CSSS de la Montagne est immigrante et 7.8% est non résidente permanente. Les résidents non permanents sont principalement des étudiants étrangers ou des réfugiés ne pouvant être inscrit à un md de famille. Parmi les immigrants, 30.4 % des 96 000 immigrants ont immigré depuis moins de 5 ans. Il est moins étonnant qu'ils n'aient pas encore trouvé un médecin de famille.

Apprécier l'évolution des résultats par rapport à l'année précédente, lorsque ces données sont disponibles;

- L'inscription de la population augmente de façon régulière et constante (2013 = 46.1%, 2014 = 49%, 2015 = 52.3%, 2016 = 56.7% et 2017 = 61%). Ce taux de croissance ne permet toutefois pas d'atteindre la cible de 85 % en un an sans intervention.
- Le taux d'inscription dans le RLS Cavendish est de 66.9 % (31 mars 2017), soit au-dessus de la cible. Il est toutefois de 57.1% dans le RLS de la Montagne, pour les raisons citées précédemment. Les taux d'inscription des deux RLS évoluent de façon comparable et l'écart entre les deux est constant dans le temps.

Nom de l'établissement : CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	
Prénom et nom du répondant : Robert Gervais	**Date** : 27 avril 2017

* Résultats en date du : 31 mars 2016
** Résultats en date du : 31 mars 2017

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Première ligne et urgence

Objectif de résultats :	5. Réduire le temps d'attente à l'urgence

Indicateur	*Résultat* 2015-2016*	*Engagement 2016-2017*	*Résultat** 2016-2017*	*Engagement 2017-2018*
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	12.61	12.00	**13.96**	11.00
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures	63.3	70.0	**66.7**	80.0
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures	66.6	70.0	**66.4**	80.0

Reddition de comptes

1.09.01-PS 1) La durée moyenne de séjour à la fin avril 2017 était de 12 heures. Par conséquent, nous avons atteint l'engagement

2) Non applicable

3) Plusieurs actions ont fait en sorte d'améliorer la situation nous permettant ainsi d'atteindre la cible

4) Aucun problème

1.09.43-PS 1) Nouvelle politique mise en place pour assurer l'atteinte de l'engagement du délai de prise en charge médicale

2) Volume de visites à l'urgence très élevé

3) Avec l'implantation de la nouvelle politique, plusieurs actions et initiatives feront en sorte d'améliorer la situation nous permettant ainsi d'atteindre la cible

4) Aucun problème

1.09.44-PS 1) Nouvelle politique mise en place pour assurer l'atteinte de l'engagement du délai de prise en charge médicale

2) Volume de visites à l'urgence très élevé

3) Avec l'implantation de la nouvelle politique, plusieurs actions et initiatives feront en sorte d'améliorer la situation nous permettant ainsi d'atteindre la cible 4) Aucun problème	
Nom de l'établissement : CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	
Prénom et nom du répondant : Alain Naud	**Date** : 3 mai 2017

* Résultats en date du : 31 mars 2016
** Résultats en date du : 31 mars 2017

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Services spécialisés

Objectif de résultats :	6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables

Indicateur (chirurgie)	*Résultat* 2015-2016*	*Engagement 2016-2017*	*Résultat** 2016-2017*	*Engagement 2017-2018*
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an – Ensemble des chirurgies	27	0	**23** **inclus HGJ (12) et Shriners (11)**	0

Reddition de comptes

Notre rapport SIMASS indique que nous avons 12 patients en attente à la P13 de 2016-2017.

1) Bien que nous n'ayons pas totalement atteint la cible, la plupart des cas qui apparaissent sur la liste d'attente de plus d'un an sont des interventions spécialisées en urologie.

Plusieurs approches seront utilisés afin d'assurer l'atteinte de la cible :

-Chronologie des patients et de leurs horaires: On s'attend à ce que les chirurgiens programment les patients suivant l'ordre d'arrivée des demandes. Nous allons continuer à travailler pour atteindre le taux de 80% des patients ayant subi leur intervention chirurgicale à l'intérieur des délais prévus.

-Responsabilité des chefs pour les horaires: Les chefs de chaque service chirurgical ont été chargés de gérer les horaires de chirurgie de leur service afin d'assurer une conformité optimale aux cibles d'attente. Par conséquent, ils sont responsables de redistribuer le temps de chirurgie de leur service aux chirurgiens ayant des patients en retard et qui ne peuvent être réalisés sans l'allocation supplémentaire de temps en salle d'opération.

-Centralisation des ressources de la programmation chirurgicale. Nous avons commencé à centraliser certaines ressources responsables pour la programmation des horaires de chirurgie quotidienne et hebdomadaire. La ressource travaille en étroite collaboration avec le chef de la chirurgie. L'objectif est d'établir de meilleurs contrôles sur la programmation et de mieux synchroniser les horaires avec les listes d'attente et la disponibilité des lits.

-La répartition du temps sur l'horaire du bloc: Sur une base d'exception, davantage de temps opératoire peut être attribué à certains services ou chirurgiens pour assurer la réalisation de cas hors délais.

-La surveillance et le suivi: Nous allons continuer de surveiller activement, de façon quotidienne, les patients hors délais ou près de devenir hors délais et s'assurer que les chirurgiens accordent des dates de chirurgie en conformité avec la cible. Pout toute annulation et report de dates de chirurgie, les chirurgiens seront tenus de donner immédiatement des nouvelles dates de chirurgie.

2) Une partie importante des patients en retard sont pour la plupart reliés à des interventions spécialisée en urologie pour laquelle le financement de ces interventions a été un problème. L'annonce d'un nouveau financement pour ce type de cas nous permettra d'absorber cette liste très prochainement.

3) Dans le passé, certains patients n'étaient pas disponibles pour des raisons personnelles ou médicales pour certaines périodes. Certaines de ces informations ne nous ont pas été fournies et par conséquent les temps d'attente sont apparus artificiellement gonflés. Notre agente de gestion des accès a travaillé en collaboration avec les chirurgiens et les patients afin d'améliorer la précision des informations et mieux identifier les périodes de non-disponibilité.

Nom de l'établissement : CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	
Prénom et nom du répondant : Alain Naud	**Date** : 3 mai 2017

* Résultats en date du : 31 mars 2016
** Résultats en date du : 31 mars 2017

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Services spécialisés

Objectif de résultats :	6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables

Indicateur (imagerie médicale)	***Résultat* 2015-2016*** *(trimestriel, P10-P13)*	***Engagement 2016-2017***	***Résultat** 2016-2017*** *(période 13)*	***Engagement 2017-2018***
1.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois	20.9	80.0	**54.9**	80
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois (Scopie)	N/A	80.0	**87.5**	100.0
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois (Mammographie diagnostique)	N/A	N/A	N/A	N/A
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois (Échographies obstétricales)	96.1	80.0	**100.0**	100.0
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois (Échographies cardiaques)	6.7	80.0	**75.6**	85.0
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois (Échographies mammaires)	N/A	N/A	N/A	N/A
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois (Échographies autres)	9.0	80.0	**22.1**	85.0
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois (Tomodensitométrie)	58.4	80.0	**84.9**	90.0
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois (Résonance magnétique)	14.6	80.0	**80.9**	90.0
1.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois (TEP)	N/A	N/A	N/A	85.0

1. 1.09.34.02-PS- Réorganisation des horaires des radiologues afin d'atteindre l'objectif. Aussi nous sommes en attente d'ajout de 2 PEM.

2. 1.09.34.03-PS- Nous sommes un CRID. Nous ne sommes pas un centre de dépistage.

3. 1.09.34.04-PS- Objectif atteint. À maintenir

4. 1.09.34.05-PS- Mise en place des lignes directrices du MSSSS afin de séparer les examens primaires et secondaires pour une meilleure gestion de la liste d'attente. La demande est très élevée.

5. 1.09.34.06-PS -Nous sommes un CRID. Nous ne sommes pas un centre de dépistage.

6. 1.09.34.07-PS -Mise en place des lignes directrices du MSSSS afin de séparer les examens primaires et secondaires pour une meilleure gestion de la liste d'attente. Mise en place de processus de redirection des patients pour examens primaires. Pénurie de personnel (absence maladie). Manque d'effectifs médicaux.

7. 1.09.34.08-PS- Mise en place des lignes directrices du MSSSS afin de séparer les examens primaires et secondaires pour une meilleure gestion de la liste d'attente.Optimisation des protocoles d'examens et des plages horaires. La demande est très élevée.

8. 1.09.34.09-PS Mise en place des lignes directrices du MSSSS afin de séparer les examens primaires et secondaires pour une meilleure gestion de la liste d'attente. Réorganisation des horaires de travail des technologues. Optimisation des protocoles d'examens et des plages horaires. Ajout de technologues.

9. 1.09.34.10-PS -Mise en place des lignes directrices du MSSSS afin de séparer les examens primaires et secondaires au début de l'année fiscal en cours, pour une meilleure gestion de la liste d'attente. La demande est très élevée.

Nom de l'établissement : CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	
Prénom et nom du répondant : Dan Gabay	**Date** : 15 juin 2017

* Résultats en date du : 31 mars 2016
** Résultats en date du : 31 mars 2017

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Services spécialisés

Objectif de résultats :	7. Améliorer la survie des patients atteints de cancer

Indicateur	***Résultat* 2015-2016***	***Engagement 2016-2017***	***Résultat** 2016-2017***	***Engagement 2017-2018***
1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier	35.2	90.0	**39.0**	65.0

Reddition de comptes

Notre rapport SIMASS indique un résultat de 44.4% à la P13 de 2016-2017.

1) Bien que nous n'ayons pas pleinement atteint la cible, nous travaillons de ardu afin d'améliorer les délaies en chirurgie oncologique. Nos efforts et méthodes pour l'amélioration et d'atteinte de la cible, sont des de plusieurs approches incluant:

-Chronologie des patients et de leurs horaires: On s'attend à ce que les chirurgiens programment les patients suivant l'ordre d'arrivée des demandes. Nous allons continuer à travailler pour atteindre le taux de 80% des patients ayant subi leur intervention chirurgicale à l'intérieur des délais prévus.

-Responsabilité des chefs pour les horaires: Les chefs de chaque service chirurgical ont été chargés de gérer les horaires de chirurgie de leur service afin d'assurer une conformité optimale aux cibles d'attente. Par conséquent, ils sont responsables de redistribuer le temps de chirurgie de leur service aux chirurgiens ayant des patients en retard et qui ne peuvent être réalisés sans l'allocation supplémentaire de temps en salle d'opération.

-Centralisation des ressources de la programmation chirurgicale. Nous avons commencé à centraliser certaines ressources responsables pour la programmation des horaires de chirurgie quotidienne et hebdomadaire. La ressource travaille en étroite collaboration avec le chef de la chirurgie. L'objectif est d'établir de meilleurs contrôles sur la programmation et de mieux synchroniser les horaires avec les listes d'attente et la disponibilité des lits.

-La répartition du temps sur l'horaire du bloc: Sur une base de réparation, de temps supplémentaire en bloc peut être attribué à certains services ou chirurgiens pour aider à réaliser leurs cas hors délais. Cependant, cette mesure devra être effective de façon temporaire, de

façon à ne pas avantager ces chirurgiens ou ces services à long terme.

-La surveillance et le suivi: Nous allons continuer de surveiller activement, de façon quotidienne, les patients hors délais ou près de devenir hors délais et s'assurer que les chirurgiens accordent des dates de chirurgie en conformité avec la cible. Pout toute annulation et report de dates de chirurgie, les chirurgiens seront tenus de donner immédiatement des nouvelles dates de chirurgie.

À cette fin, nous travaillons en étroite collaboration avec la Direction générale de cancérologie (DGC) sur une base bimensuelle afin d'améliorer la qualité des données de non disponibilité ainsi que la classification adéquate des patients en oncologie et de leurs interventions.

2) Un aspect de la difficulté à atteindre les cibles concerne l'inclusion des données des sites tumoraux de la thyroïde et de la prostate dans les statistiques globales de conformité. La DGC a convenu que, du point de vue médical, ces sites tumoraux peuvent avoir un délai de 90 jours. Nous avons un volume élevé de ces cas donc leur inclusion dans nos statistiques et pourcentages globaux crée des résultats non conformes. Ainsi, pour la période 12 de 2016-2017, lorsque nous incluons l'atteinte des cibles pour les chirurgies de Thyroide et de Prostate qui est de 90 jours, notre pourcentage augmente significativement :

% chirurgies oncologiques de 0-28 jours est de 60,3% (inclus cas régulier 0-28 jours et Thyroides et Prostates 0-90 jours)

De plus, il ne faut pas oublier un autre facteur : le débordement ponctuel de l'urgence réduit notre capacité opératoire (affectant les listes d'attente et les taux d'utilisation). En effet, les lits chirurgicaux sont utilisés pour hospitaliser des patients non chirurgicaux, ce qui nous oblige à annuler des cas.

Par ailleurs, il faut aussi prendre en compte qu'une grande proportion de nos patients subit des chirurgies complexes nécessitant un lit d'hospitalisation. Nous avons demandé un financement pour 10 lits additionnels.

4) Dans le passé, une partie notable de nos patients n'étaient pas disponibles pour certaines périodes pendant leur attente pour des raisons médicales reliés à des traitements de chimiothérapie, à des traitements de radiothérapie ou à des consultations avec d'autres spécialistes (à notre hôpital ou ailleurs). Certaines de ces informations ne nous ont pas été fournies et par conséquent les temps d'attente sont apparus artificiellement gonflés. Notre agente de gestion des accès a travaillé en collaboration avec les chirurgiens et les patients afin d'améliorer la précision des informations et mieux identifier les périodes de non-disponibilité.

Nom de l'établissement : CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	
Prénom et nom du répondant : Alain Naud	**Date** : 3 mai 2017

* Résultats en date du : 31 mars 2016
** Résultats en date du : 31 mars 2017

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Sécurité et pertinence

Objectif de résultats :	8. Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées au séjour en milieu hospitalier

Indicateur	***Résultat* 2015-2016***	***Engagement 2016-2017***	***Résultat** 2016-2017***	***Engagement 2017-2018***
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 (DACD)	100.0	100.0	**100.0**	100.0
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	100.0	100.0	**100.0**	100.0
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	N/A	100.0	**100.0**	100.0

Reddition de comptes

1. L'engagement de l'EGI 2016-17 des indicateurs (1011901, 1011902 et 1011904) est atteint à 100%.

2. L'atteinte de l'engagement est expliquée par le fait que :

    a. Le protocole de DACD est bien respecte et le personnel est sensibiliser à l'importance de prévenir le DACD. Des mesures PCI sont applique dès que deux cas de DACD sont identifiés sur une même unité de soins.
    b. Nos taux de colonisation de SARM sont bas
    c. Les cathéters en hémodialyse sont installés en radiologie interventionnelle dans un environnement contrôlé. Il y a une clinicienne en hémodialyse qui surveille l'utilisation du bundle pour les pratiques de maintenance du site d'insertion du cathéter. Une amélioration pourrait se faire au niveau du taux d'utilisation des fistules arterioveineuses qui pourrait être augmente.

3. Les tendances des indicateurs ci-dessus sont soit resté pareille ou à la baisse comparativement à l'année 2015-16. Voir explications suivantes :
    a. Notre taux annuel de diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD) est similaire à celui de 2015-16. Il y a eu une période dans l'année où le taux de *Clostridium difficile* était au-dessus de la cible provinciale de notre strate (établie à 9) en période 4.
    b. Notre taux annuel de bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline a baissé comparativement à l'année 2015-16. Nous avons eu 1 seul cas de bactériémie à SARM à la période 1.
    c. Notre taux annuel de bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse a baissé comparativement à l'année 2015-16. Nous avons eu 2 cas de bactériémies associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse.

4. Il n'y a eu aucuns problèmes liés à la qualité des données et de la méthodologie de l'indicateur.

Nom de l'établissement : CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	
Prénom et nom du répondant : Silvana Perna	**Date** : 26 mai 2017

* Résultats en date du : 31 mars 2016
** Résultats en date du : 31 mars 2017

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Personnes âgées

Objectif de résultats :	10. Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée

Indicateur	*Résultat* 2015-2016*	*Engagement 2016-2017*	*Résultat** 2016-2017*	*Engagement 2017-2018*
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	5738	7072	**5827**	6272
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)	78.9	85.0	**86.9**	90.0

Reddition de comptes

1.03.11-PS On a eu un appel conférence avec des représentants du MSSS concernant notre cible de l'entente de gestion 2016-2017 (**1.03.11**) et on m'indiquait que nous avons eu une mauvaise interprétation de l'engagement et que de ce fait, il sera impossible de l'atteindre. Ils nous ont recommandé de modifier la cible de 2016-2017 **qui était prévue de 7042 à la cible de 5879.** L'engagement de l'année prochaine a été modifié.

1.03.12-PS Atteint.

Nom de l'établissement : CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	
Prénom et nom du répondant : Barbra Gold	**Date** : 9 juin 2017

* Résultats en date du : 31 mars 2016
** Résultats en date du : 31 mars 2017

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Personnes âgées

Objectif de résultats :	11. Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées

Indicateur	***Résultat* 2015-2016***	***Engagement 2016-2017***	***Résultat** 2016-2017***	***Engagement 2017-2018***
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	100.0	100.0	**100.0**	100.0
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	N/A	100.0	**100.0**	100.0
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	N/A	50.0	**100.0**	100.0

Reddition de comptes

1. spécifier si l'engagement convenu dans l'EGI 2016-2017 est atteint ou non. Dans le cas où l'engagement n'est pas atteint, spécifier les mesures qui seront entreprises par l'établissement pour corriger la situation;
   1.03.07.01-PS et 1.03.07.02-PS ATTEINT
   1.03.10 ATTEINT

2. identifier les facteurs qui expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement;
   1.03.07.01-PS et 1.03.07.02- N/A

3. apprécier l'évolution des résultats par rapport à l'année précédente, lorsque ces données sont disponibles;
   1.03.07.01-PS et 1.03.07.02- Les mêmes

4. identifier s'il y a eu des problèmes connus liés à la qualité des données et de la méthodologie de l'indicateur. Le cas échéant, spécifier les mesures qui seront mises en place par l'établissement pour corriger la situation **1.03.07.01-PS et 1.03.07.02- N/A**	
Nom de l'établissement : CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	
Prénom et nom du répondant : Judy Bianco (1.03.07.01 et 1.03.07.02) et **Barbra Gold** (1.03.10)	**Date** : 7 juin 2017

* Résultats en date du : 31 mars 2016
** Résultats en date du : 31 mars 2017

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Personnes vulnérables

Objectif de résultats :	12. Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes

Indicateur	***Résultat* 2015-2016***	***Engagement 2016-2017***	***Résultat** 2016-2017***	***Engagement 2017-2018***
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	589	720	**637**	725
1.09-45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie	32	38	**32**	32

Reddition de comptes

1.09.05-PS : Nous travaillons avec nos partenaires dans le CIUSSS pour augmenter le nombre des clients référés.
1.09.45-PS : Nous n'avons pas 38 lits mais 32. Les ressources qui devaient nous soutenir ne sont pas en mesure d'ouvrir ces lits.

Nom de l'établissement : CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Prénom et nom du répondant : Barbra Gold (1.09.05-PS) **Francine Dupuis** (1.09.45-PS)	**Date** : 9 juin 2017

* Résultats en date du : 31 mars 2016
** Résultats en date du : 31 mars 2017

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Personnes vulnérables

Objectif de résultats :	13. Faciliter le développement optimal et la participation sociale des enfants et des jeunes adultes ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA)

Indicateur	***Résultat* 2015-2016***	***Engagement 2016-2017***	***Résultat** 2016-2017***	***Engagement 2017-2018***
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA	N/A	80.0	**214.6**	140

Reddition de comptes

1. Engagement convenu en 2016-2017 n'a pas été atteint. Le financement octroyé par le MSSS pour la réalisation du plan d'action en autisme nous a permis d'augmenter les ressources nécessaires de façon à pouvoir diminuer le délai d'accès aux enfants de moins de 5 ans présentant un TSA. De plus, nous avons révisé notre cible afin qu'elle puisse être plus réalisable et que nous puissions arriver en 2020 aux cibles ministérielles.

2. Les facteurs qui ont contraint l'atteinte de l'engagement ont été l'insuffisance de ressources humaines ainsi qu'une cible qui n'était pas réaliste, compte tenu du contexte financier du programme TSA du CIUSSS.

3. Les données n'étaient pas disponibles en 2015-2016.

4. Il n'y a pas eu de problèmes liés à la collecte de données pour cet indicateur.

Nous avons eu une pénurie de personnel pendant de nombreux mois. Il a fallu 5 mois pour remplacer le personnel et parfois plus. Cela signifiait que des charges de cas de 10 à 15 clients n'étaient pas traitées pendant cette période. Cela continue d'être un défi. Nous servons également une base géographique plus large de clients et avons reçu un afflux de clients de CRDI CROM et il existe maintenant un processus plus rapide pour le diagnostic. Tous ces facteurs se combinent pour augmenter le nombre de personnes en attente et la durée qu'ils attendent jusqu'à l'entrée en service et ceci avec une diminution des ressources disponibles en raison des congés de maternité, du renouvellement de

personnel et du long processus d'embauche. Nous travaillerons en étroite collaboration avec les RH pour tenter d'accélérer le recrutement externe et d'accroître nos efforts pour recruter de manière plus rapide ou pour assurer un plus grand nombre de personnel disponible en raison du taux de roulement de personnel élevé.	
Nom de l'établissement : CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	
Prénom et nom du répondant : Felicia Guarna	**Date** : 14 juin 2017

* Résultats en date du : 31 mars 2016
** Résultats en date du : 31 mars 2017

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Personnes vulnérables

Objectif de résultats :	14. Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves

Indicateur	*Résultat* 2015-2016*	*Engagement 2016-2017*	*Résultat** 2016-2017*	*Engagement 2017-2018*
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	162	214	**162**	250
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	144	214	**162**	220

Reddition de comptes

1. NON, les mesures à prendre seront : Plan de déploiement de ressources additionnelles de 21 ETC échelonner jusqu'en 2020 déposé au MSSS.

2. Facteurs de ressources financières et de RH, qui sont par ailleurs reliées à notre responsabilité populationnelle, nous partageons notre territoire avec 2 autres établissements (CUSM + CIUSSS Ouest-de-Montréal).

3. Par rapport à 2015-2016, il y a eu l'ajout d'une équipe de Suivi Intensif dans le Milieu (équipe SIM-JGH).

4. N/A

Nom de l'établissement : CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Prénom et nom du répondant :Tung Tran	**Date** : 1 mai 2017

* Résultats en date du : 31 mars 2016
** Résultats en date du : 31 mars 2017

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Personnes vulnérables

Objectif de résultats :	15. Intensifier l'offre de service en dépendance et en itinérance dans le réseau

Indicateur	***Résultat* 2015-2016***	***Engagement 2016-2017***	***Résultat** 2016-2017***	***Engagement 2017-2018***
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance	54.8	69.0	**66.7**	75.0

Reddition de comptes

1. Non atteint. Mesures à prendre :
   - Consolider la responsabilité de l'offre de service sous un même chef (imputabilité)
   - Établir un premier contact avec différentes ressources communautaires ou centre de réadaptation.
   - Établissement systématique de mécanisme de référence et d'orientation vers le PRES (Programme Régionnal d'Évaluation Spécialisé)
2. Les facteurs qui expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement;
   1. Travail axé sur l'harmonisation et la normalisation de la pratique au sein du CIUSSS. Lié à la fusion.
   2. Mise en place d'une procédure d'accès à la consultation interne et externe.
   3. Plan de formation
   4. Cartographie des services de toxicomanie existants.
   5. Liste de ressource développée pour le personnel.
   6. Développement de Continuum inter-direction au sein du CIUSSS.
3. Nous souhaitons souligner l'augmentation de 12% de notre offre de service et travaillons à l'atteinte de l'objectif prévu de 75%.
4. N/A

Nom de l'établissement : CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	
Prénom et nom du répondant : Tung Tran	**Date** : 12 juin 2017

* Résultats en date du : 31 mars 2016
** Résultats en date du : 31 mars 2017

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Mobilisation du personnel

Objectif de résultats :	18. Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau

Indicateur	***Résultat* 2015-2016***	***Engagement 2016-2017***	***Résultat** 2016-2017***	***Engagement 2017-2018***
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	4.38	4.30	**4.99**	4.30
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	2.33	2.18	**3.05**	2.24
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	4.34	4.60	**5.15**	5.31

Reddition de comptes

Nous n'avons pas atteint les cibles. Par contre, la mise en place de notre plan d'action a permis des améliorations significatives.

La poursuite du plan d'action nous permettra cette année d'atteindre les cibles.

Aucun enjeu connu de qualité de données.

Nom de l'établissement : CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Prénom et nom du répondant : Beverly Kravitz	**Date** : 15 juin 2017

* Résultats en date du : 31 mars 2016
** Résultats en date du : 31 mars 2017

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Santé publique

Indicateur	***Résultat* 2015-2016***	***Engagement 2016-2017***	***Résultat** 2016-2017***	***Engagement 2017-2018***
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles ayant mis en oeuvre des interventions globales et concertées en promotion et prévention de la santé selon l'approche École en santé	94.4	N/A (MSSS) 79 %	**106.8 (GESTRED)** **60 % régional** **86.8 % DLM** **100 % CVD** **93.2 % CIUSSS (P13)**	N/A (MSSS) Nous croyons que le MSSS maintiendra les mêmes engagements
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)	N/A	N/A (MSSS) 90 %	**91.5 % régional** **90.2 % DLM** **92.8 % CVD(P10)**	N/A (MSSS) Nous croyons que le MSSS maintiendra les mêmes engagements
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais (anciennement 1.01.15)	N/A	N/A (MSSS) 85 %	**73.3 % régional** **75.6 % DLM** **76.7 % CVD (P10)**	N/A (MSSS) Nous croyons que le MSSS maintiendra les mêmes engagements

Reddition de comptes	
Nos engagements sont atteints pour École en Santé et la première dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib. Pour la première dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C, nous sommes légèrement en dessous, mais au-dessus de la moyenne régionale. Sur notre territoire, plusieurs familles vont se faire vacciner au privé, et nous n'avons pas les données statistiques de ces vaccins. Cependant, avec l'abolition des frais accessoires, certaines cliniques privées cessent de vacciner leur clientèle, et nous commençons à voir une augmentation de la demande pour la vaccination.	
Nom de l'établissement : CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	
Prénom et nom du répondant : Dominique Dufour	**Date** : 10 mai 2017

* Résultats en date du : 31 mars 2016
** Résultats en date du : 31 mars 2017

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur EG2

Secteur d'activités :	Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales

Indicateur	*Résultat* 2015-2016*	*Engagement 2016-2017*	*Résultat** 2016-2017*	*Engagement 2017-2018*
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	0	100.0	**100.00**	100.0

Reddition de comptes

1. L'engagement de l'EGI 2016-17 est atteint à 100%.

2. L'atteinte de l'engagement est expliquée par le fait que les cliniciens des soins intensifs ont une excellente conformité à l'utilisation du bundle d'insertion du cathéter (l'hygiène des mains, la chlorhexidine et des précautions de barrière maximale). De plus, des lumens pour la nutrition parentérale totale sont dédiés et une réévaluation du besoin d'une ligne centrale est faite à chaque quart de travail. Les infirmières documentent cette évaluation ainsi que l'intégrité du site d'insertion et du pansement. Ils sont très efficaces à changer les tubulures intraveineuses et à ne pas utiliser des tubulures et des sacs intraveineux périmés. Une amélioration pourrait se faire au niveau du changement du pansement dès qu'elle est moins de 100% intacte.

3. Comparativement à l'année 2015-16 notre taux global des bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs est augmenté. Ceci est expliqué par le fait que nous avons eu 2 cas de bactériémie à l'USI à la période 10 et 1 cas à la période 12. Cependant nous sommes maintenues la moyenne de notre taux annuel au-dessous de la strate provinciale.

4. Il n'y a eu aucuns problèmes liés à la qualité des données et de la méthodologie de l'indicateur sauf un retard dans la collection du dénominateur (jours cathéter) car il y a eu un problème de recrutement de personnel. Ceci c'est règle.

Nom de l'établissement : CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	
Prénom et nom du répondant : Silvana Perna	**Date** : 26 mai 2017

* Résultats en date du : 31 mars 2016
** Résultats en date du : 31 mars 2017

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur EG2

Secteur d'activités :	Services généraux – Activités cliniques et d'aide

Indicateur	*Résultat* 2015-2016*	*Engagement 2016-2017*	*Résultat** 2016-2017*	*Engagement 2017-2018*
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	82.2	90.0	**84.1**	90.0
1.02.07-EG2 Pourcentage de réfugiés ayant bénéficié d'une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique	N/A	N/A	**1.6**	N/A

Reddition de comptes

INFO-SOCIAL RÉGION DE MTL :

L'équipe de Montréal reçoit un volume d'appels plus important que celui généré par la clientèle montréalaise:

- Couverture de la réponse à la région de Québec la nuit
- Couverture ponctuelle de la réponse à la région de la Montérégie
- Région désignée pour couvrir toute région où survient une difficulté ponctuelle
- Pour la première moitié de l'année 2016-2017, couverture pour différentes régions en implantation: Laurentides, Québec et autres.
- Réception de nombreux appels hors région pour des clients qui possèdent un cellulaire avec l'indicatif régional 514

Implantation progressive en lien avec le volume d'appel reçu pour combler les Postes vacants (on ajuste les besoins en RH selon le volume d'appels qui est mode croissant depuis la mise en place du service).

Nous progression en avril 2017 notre résultat est de 87,5%

RÉFUGIÉS :

Du 1er avril 2016 au 31 mars 2017:

La région de Montréal a accueilli 2232 réfugiés parrainés par la collectivité. Rappelons que nous n'avons pas les coordonnées pour entrer en contact avec cette catégorie de réfugiés, nous devons ainsi attendre la référence de l'organisme parrain. Durant cette période, nous

avons reçu des références des organismes parrains pour une évaluation de la santé physique et du bien-être pour 510 personnes.

Quant aux réfugiés parrainés par l'État, nous avons vu la totalité de ces personnes. Ces dernières étant plus vulnérables, l'intervention s'avère plus longue.

Les travailleuses sociales ont vu 390 usagers distincts pour une évaluation du bien-être. Parmi ceux-ci, 257 étaient parrainés par l'État et 133 par la collectivité.

Les infirmières ont vu 326 usagers distincts pour une évaluation de la santé physique. Parmi ceux-ci, 257 étaient parrainés par l'État et 69 par la collectivité.

En résumé:
Nous étions en mesure de donner des rendez-vous à 257 (État) et 510 (Collectivité) pour un total de 767 réfugiés. Compte tenu des usagers distincts vus, le taux d'atteinte est de 50 % pour l'évaluation de bien-être et de plus de 40 % pour l'évaluation de la santé physique.

Nom de l'établissement : CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	
Prénom et nom du répondant : Sébastien Blin	**Date** : 3 mai 2017

* Résultats en date du : 31 mars 2016
** Résultats en date du : 31 mars 2017

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Services généraux – Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

Indicateur	***Résultat* 2015-2016***	***Engagement 2016-2017***	***Résultat** 2016-2017***	***Engagement 2017-2018***
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	N/A	77.0	**70.5 (TBIG)** **64.9 (CCOMTL)**	80.0
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	772501	784527	**796676**	808580

Reddition de comptes

Résultat TBIG CCOMTL **70.5** inclus les établissements;

CH Gériatrique Maimonides, Hôpital Mont-Sinaï, Centre d'hébergement Father-Dowd, Centre d'hébergement Saint-Margaret, Centre d'hébergement Saint-Andrew, CHSLD Kastner, Centre d'hébergement Henri-Bradet, CHSLD Saint-Georges, CHSLD Vigi de Mont-Royal. CHSLD Vigi Reine-Elizabeth

Résultat GESTRED CCOMTL **64.9** inclus les établissements;

CH Gériatrique Maimonides, Hôpital Mont-Sinaï, Centre d'hébergement Father-Dowd, Centre d'hébergement Saint-Margaret, Centre d'hébergement Saint-Andrew, CHSLD Kastner, Centre d'hébergement Henri-Bradet

1.03.13 Avant d'orienter un nouveau résident en CHSLD, le MAH analyse le dossier pour trouver des alternatives pour les profils de moins de 10. Quand il n'y a pas d'autres alternatives, la personne est orientée en CHSLD. Quelques explications : personne qui nécessite des soins palliatifs 3-12 mois, soins nursing qui ne sont pas prodigués en RI (insuline è l'échelle, transfusions sanguines) besoins d'équipements spécialisés qui ne sont pas accessibles en RI (bariatrique, levier), grabataire, comportement qui ne peuvent pas être gérer en RI, réunification des membres de la parenté. Une analyse de ces cas confirme que la grande majorité de ces personnes ont un profil de 9. Nous avons lancé un appel d'offres pour de nouveaux lits RI qui devraient pouvoir accueillir jusqu'à profil 10. Pour le moment, aucune RI ne peut accueillir ces clients.

1.03.05 Atteint

Nom de l'établissement : CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	
Prénom et nom du répondant : Barbra Gold	**Date** : 9 juin 2017

* Résultats en date du : 31 mars 2016
** Résultats en date du : 31 mars 2017

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Déficiences

Indicateur	*Résultat* 2015-2016*	*Engagement 2016-2017*	*Résultat** 2016-2017*	*Engagement 2017-2018*
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	97.4	97.0	**88.0**	88.0
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	96.5	96.0	**97.3**	90.0
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	92.3	95.0	**95.4**	90.0
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	92.9	93.0	**80.6**	90.0

Reddition de comptes

1.45.04.01 EG2 - engagement pas atteint. Mesures entreprises par l'établissement pour corriger:

1. Révisions des 11 cas pour déterminer s'il s'agissait d'une intervention non faite, ou une mauvaise codification statistique de l'intervention (mauvais profil). Nous avons les données pour les 2 cas de DLM (SAPA) et effectivement, c'était des interventions faites dans les délais, mais mauvaise codification. Un rappel systématique aux équipes doit être fait.
2. Les intervenants ne font pas toujours le lien entre l'objet de la demande, et le profil du client qui doit être utilisé pour leur statistique.
3. Effectivement il y a eu une baisse du résultat en 2016-2017 comparé à 2015-2016 pour cet indicateur (97.4% vs 88%). Le roulement du personnel et restructurations font en sorte que des rappels doivent être faits.
4. Les CAPs des prof'l impliqués dans ces 11 cas feront un suivi serré individualisé. Ensuite, une révision sera faite dans toutes les équipes qui desservent la clientèle DP, concernant le plan d'accès, les délais et la codification des interventions.

1.45.04.05 EG2 - engagement atteint.

1.45.05.01 EG2 - engagement atteint.

1.45.05.05 EG2 - engagement pas atteint.

Nous avons eu une pénurie de personnel pendant de nombreux mois. Il a fallu 5 mois pour remplacer le personnel et parfois plus. Cela signifiait que des charges de cas de 10 à 15 clients n'étaient pas traitées pendant cette période. Cela continue d'être un défi.. Nous servons également une base géographique plus large de clients et avons reçu un afflux de clients de CRDI CROM et il existe maintenant un processus plus rapide pour le diagnostic. Tous ces facteurs se combinent pour augmenter le nombre de personnes en attente et la durée qu'ils attendent jusqu'à l'entrée en service et ceci avec une diminution des ressources disponibles en raison des congés de maternité, du renouvellement de personnel et du long processus d'embauche.

1. Nous travaillerons en étroite collaboration avec les RH pour tenter d'accélérer le recrutement externe et d'accroître nos efforts pour recruter de manière plus rapide ou pour assurer un plus grand nombre de personnel disponible en raison du taux de roulement de personnel élevé.

Nom de l'établissement : CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	
Prénom et nom du répondant : Daniel Amar	**Date** : 15 juin 2017

* Résultats en date du : 31 mars 2016
** Résultats en date du : 31 mars 2017

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur EG2

Secteur d'activités :	Dépendances

Indicateur	*Résultat* 2015-2016*	*Engagement 2016-2017*	*Résultat** 2016-2017*	*Engagement 2017-2018*
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	N/A	N/A	N/A	N/A

Reddition de comptes

N/A pour nous. Il n'y a pas de centre de réadaptation au sein de notre CIUSSS.

Nom de l'établissement : CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Prénom et nom du répondant : Tung Tran	**Date** : 1 mai 2017

* Résultats en date du : 31 mars 2016
** Résultats en date du : 31 mars 2017

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur EG2

Secteur d'activités :	Santé mentale

Indicateur	*Résultat* 2015-2016*	*Engagement 2016-2017*	*Résultat** 2016-2017*	*Engagement 2017-2018*
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	470	470	**50**	N/A

Reddition de comptes

1. OUI

2. Les facteurs qui expliquent ou contraignent l'atteinte de l'engagement;
   On ne respectait pas la définition des données (Accès à une première consultation auprès d'un psychiatre ou d'un pédopsychiatre; exclue les services professionnels d'autres types) de cette EGI : Nous on envoyait tout ça.
   a. Tous les professionnels sont nommés
   b. Tous types de rendez-vous confondus (follow-up, triage, new patient, etc.)
   c. Tous types de demandes confondues (cliniques)

3. Pour les même raisons mentionnées au point 2.

4. Tout le processus a été revu et implanté pour l'année 2017-2018. Je joins les présentations faites au personnel.

Nom de l'établissement : CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Prénom et nom du répondant : Tung Tran	**Date** : 12 juin 2017

* Résultats en date du : 31 mars 2016
** Résultats en date du : 31 mars 2017

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur EG2

Secteur d'activités :	Santé physique - Cancérologie

Indicateur	***Résultat* 2015-2016***	***Engagement 2016-2017***	***Résultat** 2016-2017***	***Engagement 2017-2018***
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier	72.4	100.0	**74.3**	100.0

Reddition de comptes

Notre rapport SIMASS indique un résultat de 82.0% à la P13 de 2016-2017.

1) Bien que nous n'ayons pas pleinement atteint la cible, nous travaillons de ardu afin d'améliorer les délaies en chirurgie oncologique. Nos efforts et méthodes pour l'amélioration et d'atteinte de la cible, sont des de plusieurs approches incluant:

-Chronologie des patients et de leurs horaires : On s'attend à ce que les chirurgiens programment les patients suivant l'ordre d'arrivée en fonction de leurs temps d'attente. Nous allons continuer à travailler pour atteindre le taux de 80% des patients ayant subi leur intervention chirurgicale dans l'ordre de leur temps d'attente.

-Responsabilité des chefs pour les horaires : Les chefs de chaque service chirurgical ont été chargés de gérer les horaires de chirurgie de leurs services afin d'assurer une conformité optimale aux cibles d'attente. Par conséquent, ils sont responsables de redistribuer le temps de chirurgie de leur service aux chirurgiens ayant des patients en retard et qui ne peuvent être réalisés sans l'allocation supplémentaire de temps dans la salle d'opération.

-Centralisation des ressources de la programmation chirurgicale : Nous avons commencé à centraliser certaines ressources responsables pour la programmation des horaires de chirurgie quotidienne et hebdomadaire. La ressource travaille en étroite collaboration avec le chef de la chirurgie. L'objectif est d'établir de meilleurs contrôles sur la programmation et de mieux synchroniser les horaires avec les listes d'attente et la disponibilité des lits.

-La répartition du temps sur l'horaire du bloc : Sur une base de réparation, de temps supplémentaire en bloc peut être attribué à certains services ou chirurgiens pour aider à réaliser leurs cas hors délais. Cependant, cette mesure devra être effective de façon temporaire, de façon à ne pas avantager ces chirurgiens ou ces services à long terme.

-La surveillance et le suivi : Nous allons continuer de surveiller activement, de façon quotidienne, les patients hors délais ou près de devenir hors délais et s'assurer que les chirurgiens accordent des dates de chirurgie en conformité avec la cible. Pout toute annulation et report de dates de chirurgie, les chirurgiens seront tenus de donner immédiatement des nouvelles dates de chirurgie.

À cette fin, nous travaillons en étroite collaboration avec la Direction générale de cancérologie (DGC) sur une base bimensuelle afin d'améliorer la qualité des données de non disponibilité ainsi que la classification adéquate des patients en oncologie et de leurs interventions

2) Un aspect de la difficulté à atteindre les cibles concerne l'inclusion des données des sites tumoraux de la thyroïde et de la prostate dans les statistiques globales de conformité. La DGC a convenu que, du point de vue médical, ces sites tumoraux peuvent avoir un délai de 90 jours. Nous avons un volume élevé de ces cas donc leur inclusion dans nos statistiques et pourcentages globaux crée des résultats non conformes. Ainsi, pour la période 12 2016-2017, lorsque nous incluons l'atteinte des cibles pour les chirurgies de Thyroide et de Prostate qui est de 90 jours, notre pourcentage augmente significativement :

% chirurgies oncologiques de 0-56 jours est de 88,5% (inclus cas régulier 0-56 jours et Thyroides et Prostates 0-90 jours)

De plus, il ne faut pas oublier un autre facteur : le débordement ponctuel de l'urgence réduit notre capacité opératoire (affectant les listes d'attente et les taux d'utilisation). En effet, les lits chirurgicaux sont utilisés pour hospitaliser des patients non chirurgicaux, ce qui nous oblige à annuler des cas.

Par ailleurs, il faut aussi prendre en compte qu'une grande proportion de nos patients subit des chirurgies complexes nécessitant un lit d'hospitalisation. Nous avons demandé un financement pour 10 lits additionnels.

4) Dans le passé, une partie notable de nos patients n'étaient pas disponibles pour certaines périodes pendant leur attente pour des raisons médicales reliés à des traitements de chimiothérapie, à des traitements de radiothérapie ou à des consultations avec d'autres spécialistes (à notre hôpital ou ailleurs). Certaines de ces informations ne nous ont pas été fournies et par conséquent les temps d'attente sont apparus artificiellement gonflés. Notre agente de gestion des d'accès a travaillé en collaboration avec les chirurgiens et les patients afin d'améliorer la précision des informations et mieux identifier les périodes de non-disponibilité.

Nom de l'établissement : CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	
Prénom et nom du répondant : Alain Naud	**Date** : 3 mai 2017

* Résultats en date du : 31 mars 2016
** Résultats en date du : 31 mars 2017

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur EG2

Secteur d'activités :	Ressources matérielles

Indicateur	*Résultat* 2015-2016*	*Engagement 2016-2017*	*Résultat** 2016-2017*	*Engagement 2017-2018*
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	82.6	100.0	90 (moy. 2 sites,résultat TBIG) 82.6 (% niveau réalisation)	100.0

Reddition de comptes

Nous n'avons pas atteint les cibles. Par contre, la mise en place de notre plan d'action a permis des ameliorations significatives.

La poursuite du plan d'action nous permettra cette année d'atteindre les cibles.

Aucun enjeu connu de qualité de données.

Nom de l'établissement : CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Prénom et nom du répondant : Johanne Boileau et Tony Nappi	**Date** : 15 juin 2017

* Résultats en date du : 31 mars 2016
** Résultats en date du : 31 mars 2017

Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur EG2

Secteur d'activités :	Ressources technologiques

Indicateur (imagerie médicale)	*Résultat* 2015-2016*	*Engagement 2016-2017*	*Résultat** 2016-2017*	*Engagement 2017-2018*
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	N/A	N/A	N/A	N/A

Reddition de comptes	
N/A	
Nom de l'établissement : CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	
Prénom et nom du répondant :	**Date** :

* Résultats en date du : 31 mars 2016
** Résultats en date du : 31 mars 2017