

2023

2024

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



Rapport annuel de gestion  
Bilan et perspectives

# Table des matières

---

LISTE DES ACRONYMES.....	3
SECTION 1 – LE MESSAGE DES AUTORITÉS.....	5
SECTION 2 – LA DÉCLARATION DE LA FIABILITÉ DES DONNÉES.....	6
SECTION 3 – LA PRÉSENTATION DE L’ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS.....	7
3.1 L’ÉTABLISSEMENT.....	7
L’ORGANIGRAMME AU 31 MARS 2023 .....	11
3.2 LE CONSEIL D’ADMINISTRATION, LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES.....	12
3.2.1LE CONSEIL D’ADMINISTRATION .....	12
3.2.2LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES .....	13
3.3 LES FAITS SAILLANTS.....	17
SECTION 4 – LES RÉSULTATS AU REGARD DE L’ENTENTE DE GESTION ET D’IMPUTABILITÉ (EGI).....	30
SECTION 5 – LES ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ .....	36
L’AGRÉMENT.....	36
LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES .....	36
LE NOMBRE DE MISES SOUS GARDE SELON LA MISSION .....	55
L’EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS .....	56
L’INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION.....	57
SECTION 6 – L’APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE.....	60
SECTION 8 – LES RESSOURCES FINANCIÈRES.....	62
L’UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME .....	62
SECTION 9 – LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES.....	64
SECTION 11 – LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES.....	66
ANNEXE 1 – CODE D’ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DE CONSEIL D’ADMINISTRATION .....	68
Section 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES .....	70
Section 2 – PRINCIPES D’ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE .....	73
Section 3 – CONFLIT D’INTÉRÊTS .....	76
Section 4 – APPLICATION .....	77
ANNEXE 2 – STATISTIQUES – DIRECTION DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE.....	89
SIGNALEMENTS TRAITÉS DURANT L’ANNÉE.....	89
PROVENANCE DES SIGNALEMENTS TRAITÉS .....	89
SIGNALEMENTS RETENUS PAR PROBLÉMATIQUE .....	90
MILIEU DE VIE DES ENFANTS DONT LA SITUATION EST PRISE EN CHARGE PAR LE DPJ.....	90
NOMBRE D’ADOLESCENTS CONTREVENANTS ÉVALUÉS ET ORIENTÉS PAR LE DIRECTEUR PROVINCIAL .....	91

**Adopté par le conseil d’administration le 26 juin 2024.**

# LISTE DES ACRONYMES

<b>AISQ</b>	Association des Inuits du Sud du Québec
<b>ARH</b>	Agents de relations humaines
<b>ASFF</b>	Approche des sciences infirmières et de santé fondées sur les forces
<b>CAR</b>	Clinique d'accès rapide
<b>CCIP</b>	Cathéters veineux centraux insérés par voie périphérique
<b>CH</b>	Centre hospitalier
<b>CHSLD</b>	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
<b>CHSM</b>	Centre hospitalier de St. Mary
<b>CISSS</b>	Centre intégré de santé et de services sociaux
<b>CIUSSS ODIM</b>	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
<b>CLSC</b>	Centre local de services communautaires
<b>CPEJ</b>	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
<b>CRAIP</b>	Centre de recherche appliquée en intervention psychosociale
<b>CR</b>	Centre de réadaptation
<b>CRDITED</b>	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement
<b>CRDS</b>	Centre de répartition des demandes de services
<b>CRSM</b>	Centre de recherche de St. Mary
<b>DAUER</b>	Direction des affaires universitaires, enseignement et recherche
<b>DI</b>	Déficience intellectuelle
<b>DI-TSA-DP</b>	Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique (Direction)
<b>DLog</b>	Direction logistique
<b>DPJ</b>	Direction de la protection de la jeunesse
<b>DHEB</b>	Direction des services d'hébergement
<b>DPSMD</b>	Direction des programmes santé mentale et dépendances
<b>DQEPE</b>	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
<b>DRHAJ</b>	Direction des ressources humaines et des affaires juridiques
<b>DSAD</b>	Direction des services de soutien à domicile
<b>DSAPA</b>	Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées
<b>DSH</b>	Direction des services hospitaliers
<b>DSI</b>	Direction des soins infirmiers
<b>DSM</b>	Direction des services multidisciplinaires

<b>DSM-DITSADP</b>	Direction des services multidisciplinaires et des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
<b>DSP</b>	Direction des services professionnels
<b>ÉDI</b>	Équité, diversité et inclusion
<b>FRQS</b>	Fonds de recherche du Québec-Santé
<b>GMF</b>	Groupe de médecine de famille
<b>GMF-U</b>	Groupe de médecine de famille universitaire
<b>HGL</b>	Hôpital général du Lakeshore
<b>HL</b>	Hôpital de LaSalle
<b>IDHC</b>	Infirmières diplômées hors Canada
<b>IPS</b>	Infirmière praticienne spécialisée
<b>IPSPL</b>	Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne
<b>IRSC</b>	Instituts de recherche en santé du Canada
<b>IUSMD</b>	Institut universitaire en santé mentale Douglas
<b>JED</b>	Jeunesse en difficulté
<b>LCOP</b>	Loi sur les contrats des organismes publics
<b>MDA</b>	Maison des aînés
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>OTSTCFQ</b>	Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
<b>PCI</b>	Prévention et contrôle des infections
<b>PDG</b>	Présidente directrice générale
<b>PJ</b>	Programme jeunesse (Direction)
<b>PQPTM</b>	Programme québécois pour les troubles mentaux
<b>RARC</b>	Responsables de l'application des règles contractuelles
<b>RFT</b>	Ressource de type familial
<b>RSSS</b>	Réseau de la santé et des services sociaux
<b>SAD</b>	Soutien à domicile
<b>SAPA</b>	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
<b>SCPD</b>	Symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence
<b>SIPPE</b>	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
<b>TSA</b>	Trouble du spectre de l'autisme
<b>UETMISSS</b>	Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé et services sociaux
<b>USER</b>	Service d'encadrement et de soutien à la recherche

# SECTION 1 – LE MESSAGE DES AUTORITÉS

---

## MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Au nom du Conseil d'administration et de la Direction générale, c'est avec un grand plaisir que nous vous présentons notre rapport annuel de gestion pour l'exercice 2023-2024.

Permettez-nous d'abord de saluer nos équipes, qui continuent de se surpasser chaque jour pour répondre aux besoins évolutifs de la population. Votre capacité d'adaptation indéfectible se reflète dans votre travail, en cohérence avec la stratégie gouvernementale et les priorités établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans la mise en œuvre du Plan de santé.

Au cours de cette dernière année, notre CIUSSS a pris des mesures décisives pour se préparer à l'arrivée de Santé Québec et pour anticiper les exigences du projet de loi 15. Depuis, la direction générale est en mouvement afin de faciliter la transition de notre établissement et prioriser la simplification de ses processus décisionnels et opérationnels. Elle déploie également une vision de gestion de proximité et habite le terrain plus que jamais afin de rendre nos milieux de travail et de vie plus humains.

Notre rapport annuel 2023-2024 démontre que, malgré les contraintes budgétaires et les défis liés au manque de personnel, notre communauté s'est mobilisée pour accomplir de grandes réalisations. Nous avons adopté de nouvelles technologies, modernisé nos installations et optimisé notre offre de soins grâce à la transformation numérique. Le déploiement de projets novateurs tels que les hôpitaux à domicile, l'intégration de la réalité mixte dans 4 départements et l'utilisation de l'intelligence artificielle témoigne de notre engagement envers l'innovation et l'excellence. Soucieuse d'encourager l'adoption d'actions concrètes pour réduire son empreinte carbone au quotidien, notre organisation s'est dotée d'un plan d'action et d'une politique en matière de développement durable. Nous avons également répondu à la demande croissante de formation en développement durable dans le cadre de la tenue de l'activité « Fresque du climat ». Cet atelier interactif d'apprentissage sur les enjeux environnementaux a été conçu pour sensibiliser nos employés aux conséquences du changement climatique, ainsi qu'aux solutions possibles pour le contrer.

Nous remercions chaleureusement toute la communauté du CIUSSS, les employés, les professionnels, les gestionnaires, les médecins, les partenaires, les fondations et les bénévoles pour leurs contributions exceptionnelles. C'est ensemble, grâce à la force du Nous, que nous pourrons continuer à offrir des soins et services de qualité à notre population. C'est un honneur de côtoyer ces équipes qui mettent la santé et le bien-être de nos résidents, usagers et clients au cœur de leurs actions, et ce, jour après jour.

Cordialement,



---

**Richard Legault**

Président du conseil d'administration



---

**Dan Gabay**

Président-directeur général

## SECTION 2 – LA DÉCLARATION DE LA FIABILITÉ DES DONNÉES

---

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

Les résultats et les données du Rapport annuel de gestion de l'exercice 2023-2024 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal :

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

Je déclare donc qu'à ma connaissance les données contenues dans ce Rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2024.



---

Dan Gabay  
Président-directeur général

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

## 3.1 L'ÉTABLISSEMENT

### MISSION ET PRINCIPAUX SERVICES OFFERTS

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

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

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

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

De par la nature de ses établissements constitutifs, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal couvre les cinq grandes missions définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, lui permettant ainsi d'assurer une meilleure intégration de ses services à sa population et à ses clientèles.

**Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a été créé le 1<sup>er</sup> avril 2015.**

**En date du 31 mars 2024, il était constitué des installations suivantes :**

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| • Aire Ouverte Kirkland   | • CHSLD de Dorval                    |
| • Aire Ouverte LaSalle  | • CHSLD de Lachine                   |
| • Centre de médecine familiale St. Mary (GMF-U)                     | • CHSLD de LaSalle                   |
| • Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal (CROM)              | • CHSLD Denis-Benjamin-Viger         |
| • Centre de recherches Douglas                                      | • CHSLD des Berges de Lachine        |
| • Centre de recherches St.Mary                                      | • CHSLD Nazaire-Piché                |
| • Centre de soins prolongés Grace Dart (Grace Dart)                 | • CLSC de Dorval-Lachine             |
| • Centre hospitalier de St. Mary (CHSM)                             | • CLSC de LaSalle                    |
| • Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw (Centres Batshaw) | • CLSC de Pierrefonds                |
|   | • CLSC du Lac-Saint-Louis            |
|   | • Hôpital de LaSalle (HL)            |
|   | • Hôpital général du Lakeshore (HGL) |

- Hôpital Sainte-Anne (HSA)
- Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD)
- Maison de naissance du Lac Saint Louis
- Point de service local Kirkland
- Point de service local Montréal - Lachine
- Unité d'hébergement de l'Hôpital de LaSalle

## CULTURE

Sous l'égide du président-directeur général (PDG), le CIUSSS travaille à instaurer une culture d'excellence où chacun sera encouragé à se dépasser pour offrir les meilleurs soins et services à la clientèle et la communauté de l'Ouest-de-l'Île. La vision est d'offrir, à l'ensemble de nos clientèles, des soins de santé et des services sociaux de qualité, efficaces et sécuritaires, centrés sur l'expérience de l'utilisateur, du patient et du résident.

Le CIUSSS s'est également fixé comme objectif d'offrir aux patients et à la clientèle le bon soin et service, au bon moment et au bon endroit. Pour y arriver, le PDG, le conseil d'administration et l'ensemble des partenaires du CIUSSS travailleront en étroite collaboration pour favoriser le déploiement d'une culture d'innovation et de la donnée au sein de l'établissement. La qualité des soins et la mission académique font partie intégrante de l'approche de gestion mise de l'avant. À l'expression "qualité des soins" est associée le mot "mesure" qui, à son tour, est lié au mot "valeur".

Aligné sur les objectifs stratégiques du ministère de la Santé et des Services sociaux et sur les besoins de la population qu'il dessert, le CIUSSS a priorisé, en 2023-2024, les 5 axes suivants :

1. La mission universitaire;
2. La transformation numérique;
3. Les infrastructures, les services techniques et les ressources informationnelles;
4. La culture de la mesure;
5. Les ressources humaines.

## DÉVELOPPEMENT DURABLE

Le CIUSSS s'engage à faire du développement durable une composante intégrale de sa culture organisationnelle, grâce à la « force du nous ». L'adoption du plan d'action triennal 2024-2027, était l'occasion pour le CIUSSS d'énoncer sa mission et sa vision, qui lui serviront dorénavant de guide en matière de développement durable :

**Mission :** Assurer la prestation responsable de soins et services à la population dans une perspective agile, respectueuse des dimensions environnementale, sociale, économique, en partenariat avec son ministère de tutelle, les autres CIUSSS et d'autres organismes en vue d'accroître les résultats en faveur du développement durable.

**Vision :** Devenir un établissement responsable, engagé, dans lequel le développement durable est entièrement intégré à la culture et aux pratiques organisationnelles.

## VALEURS

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal est animé par trois valeurs fondamentales qui guident ses actions et sa philosophie de gestion :

**L'agilité** : Nous faisons preuve en tout temps de souplesse et de flexibilité dans nos façons d'aborder chaque situation à gérer, que ce soit avec notre clientèle, nos pairs ou en relation de gestion. Dans le respect des règles définies, nous demeurons continuellement à la recherche de solutions simples, créatives, audacieuses et nous cherchons à innover de façon continue.

**Le respect** : Nous démontrons par nos gestes et nos paroles que nous reconnaissons la valeur de la personne avec qui nous entrons en relation que ce soit un client, un pair ou une personne en relation de gestion. Nous considérons l'importance de son point de vue, sans distinction pour les différences qui peuvent la caractériser et nous faisons preuve d'humanisme dans les relations que nous entretenons et les décisions que nous prenons.

**Le partenariat** : Nous abordons l'ensemble de nos relations avec les autres dans une optique d'étroite collaboration. Que ce soit avec la clientèle, nos pairs ou dans une situation de gestion, et dans le respect des rôles et des compétences de chacun, nous proposons une approche misant sur une action commune, complémentaire et concertée qui permet à chacun d'en tirer un bénéfice.

## DÉSIGNATION UNIVERSITAIRE ET PRINCIPAUX SERVICES

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

La Direction des affaires universitaires, enseignement et recherche (DAUER) est responsable de la mission universitaire du CIUSSS. Elle accomplit son mandat à travers les cinq unités de services qui la composent soit l'unité de l'Enseignement médical et non médical; le service de Transfert des connaissances et innovation (TC-Inno); l'Unité d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé et services sociaux (UETMISSS); le Centre de documentation scientifique et médicale; et l'Unité d'encadrement et soutien à la recherche (USER). Les faits saillants à souligner pour chacune de ces unités de service sont :

### Enseignement :

- 591 stages universitaires et 2873 stages non-universitaires ont été effectués cette année dans les installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- Au niveau des stages médicaux, ce sont 737 étudiants en médecine et 924 résidents et Fellows qui ont été accueillis et supervisés.

### TC-Inno :

- 9 conférences ont été organisées avec une moyenne de 81 participants.
- TC-Inno a appuyé et accompagné des directions et unités dans la réalisation de 32 projets en transfert des connaissances.

### UETMISSS :

- 8 évaluations des technologies et des modes d'intervention demandées des directeurs ou de la haute direction du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal ont été complétées et déposées.
- 4 évaluations des technologies et des modes d'intervention sont présentement en cours.

#### **Centre de documentation scientifique et médicale :**

- Plus de 600 recherches documentaires ont été réalisées.
- Plus de 2000 prêts de documentation ont été faits.

#### **USER :**

- 137 projets ont été autorisés par le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal
- 59 projets sur 72 projets soumis ont été approuvés par le Comité d'éthique de la recherche

Pour terminer, il est à souligner que le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal participe aux activités du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université McGill (RUIS McGill)\*, offrant dans les régions desservies par ce dernier plusieurs services spécialisés et ultraspecialisés..

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

## VOCATION RÉGIONALE ET SUPRARÉGIONALE

Certaines installations du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal sont désignées pour offrir l'ensemble de leurs services en langue anglaise, aux personnes d'expression anglaise. Un programme d'accès aux services en langue anglaise est offert dans les installations non désignées.

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

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

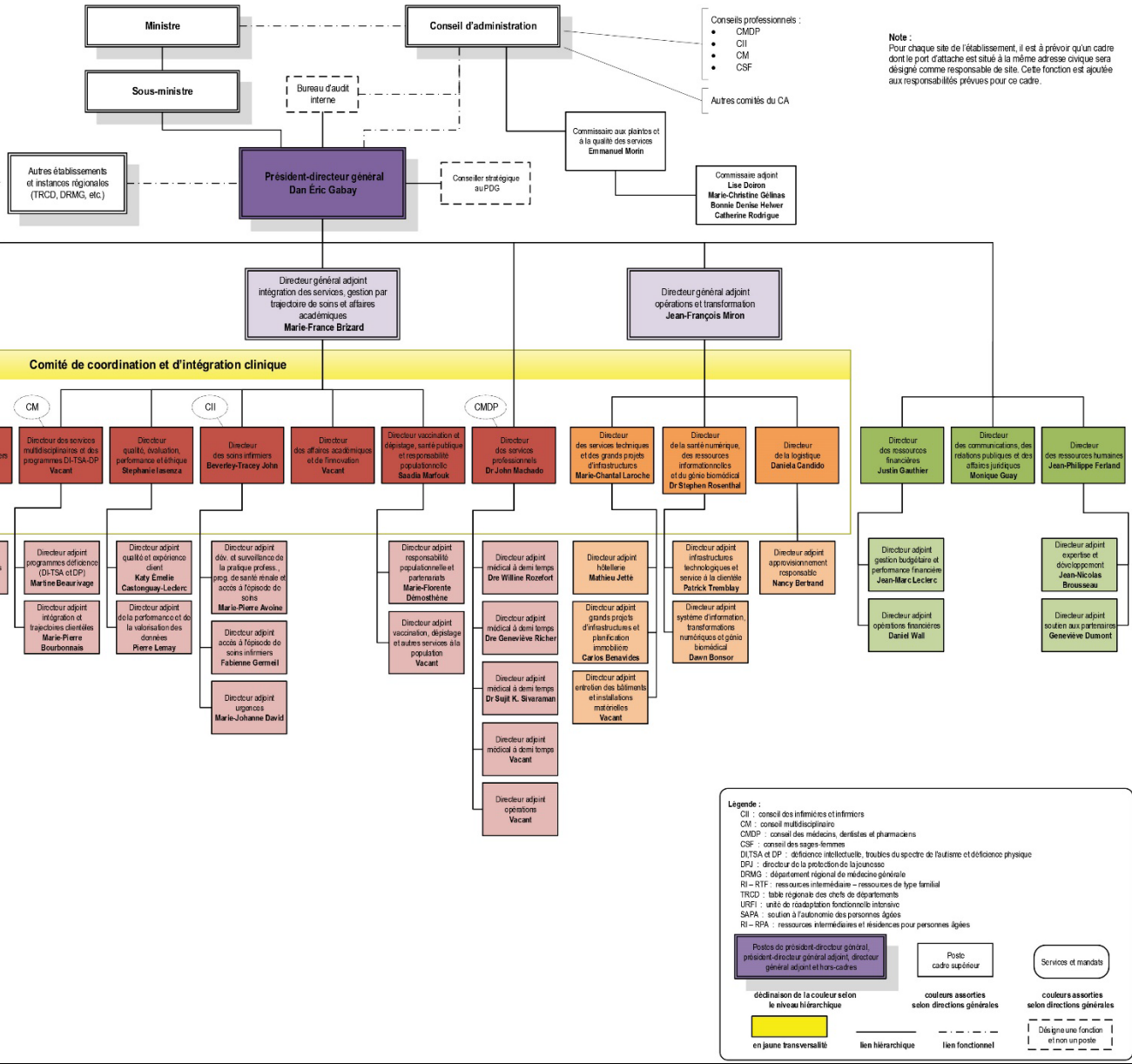
# L'ORGANIGRAMME AU 31 MARS 2024

## Organigramme de la haute direction

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

31 mars 2024

Obligation d'établir des liens d'interdépendance avec d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux afin de compléter l'offre de services



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

### 3.2.1 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

#### MEMBRES DÉSIGNÉS

- **Poste vacant**  
Département régional de médecine générale (DRMG)
- **D<sup>r</sup> Mathieu Walker**  
Conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
- **M<sup>me</sup> Nada Dabbagh**  
Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)
- **M<sup>me</sup> Nathalie Pineda**  
Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
- **M<sup>me</sup> Marie-Julie Chartrand**  
Conseil multidisciplinaire (CMULTI)
- **M<sup>me</sup> Micheline Béland**  
Comité des usagers (CU)

#### MEMBRES NOMMÉS

- **M. Dan Gabay, secrétaire**  
Président-directeur général
- **D<sup>re</sup> Shari Baum**  
Universités affiliées
- **D<sup>r</sup> Samuel Benaroya**  
Universités affiliées

#### MEMBRES INDÉPENDANTS

- **M. Richard Legault, président**  
Compétence en ressources immobilières, informationnelles ou humaines
- **M<sup>me</sup> Isabelle Brault, vice-présidente**  
Compétence en gouvernance ou éthique
- **M. Allen Van der Wee**  
Compétence en gestion des risques, finance et comptabilité
- **M. Paul Lohnes**  
Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité
- **M<sup>me</sup> France Desjardins**  
Expertise dans les organismes communautaires
- **M<sup>me</sup> Judy Martin**  
Expertise en protection de la jeunesse
- **M. Gary Whittaker**  
Expertise en réadaptation
- **M<sup>me</sup> Caroline Storr-Ordolis**  
Expertise en réadaptation
- **M. Alex Chayer**  
Expertise en santé mentale
- **M<sup>me</sup> Lorna Tardif**  
Expérience vécue à titre d'utilisateur des services sociaux

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

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

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

## 3.2.2 LES COMITÉS, LES CONSEILS ET LES INSTANCES CONSULTATIVES

### COMITÉ DE GOUVERNANCE, ÉTHIQUE ET ADMINISTRATION

- **M<sup>me</sup> France Desjardins, présidente**
- **M<sup>me</sup> Isabelle Brault**
- **D<sup>r</sup> Samuel Benaroya**
- **M<sup>me</sup> Judy Martin**
- **M. Gary Whittaker**
- **M. Richard Legault**  
Président du conseil d'administration
- **M. Dan Gabay**  
Membre *ex officio* - Président-directeur général

### COMITÉ DE VÉRIFICATION ET INFRASTRUCTURES

- **M. Gary Whittaker, président**
- **M. Alex Cayer**
- **M. Paul Lohnes**
- **M. Allen Van der Wee**
- **M<sup>me</sup> France Desjardins**
- **M<sup>me</sup> Lorna Cuthbertson-Tardif**  
**M. Richard Legault**  
Membre *ex officio* - Président du conseil d'administration
- **M. Dan Gabay**  
Membre *ex officio* - Président-directeur général

### SOUS-COMITÉ DES INFRASTRUCTURES

- **M. Gary Whittaker, président**
- **M<sup>me</sup> Lorna Cuthbertson-Tardif**
- **M. Richard Legault**  
Membre *ex officio* - Président du conseil d'administration

### COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ DES SERVICES

- **M<sup>me</sup> Judy Martin, présidente**
- **M<sup>me</sup> Micheline Béland**
- **M<sup>me</sup> Caroline Storr-Ordolis**
- **M. Emmanuel Morin**  
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

- **M. Richard Legault**  
Membre *ex officio* - Président du conseil d'administration
- **M. Dan Gabay**  
Président-directeur général

### COMITÉ DE RÉVISION

- **M<sup>me</sup> France Desjardins, présidente**
- **Dr Gary Inglis**
- **D<sup>re</sup> Chryssi Paraskevopoulos**

### COMITÉ D'ÉVALUATION DES MESURES DISCIPLINAIRES

- **M<sup>me</sup> Isabelle Brault, présidente**
- **D<sup>r</sup> Samuel Benaroya**
- **M<sup>me</sup> Micheline Béland**
- **M. Richard Legault**  
Président du conseil d'administration

### COMITÉ DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES

- **D<sup>r</sup> Samuel Benaroya, président**
- **M<sup>me</sup> Nada Dabbagh**
- **D<sup>re</sup> Shari Baum**
- **M<sup>me</sup> Caroline Storr-Ordolis**
- **D<sup>r</sup> Mathieu Walker**
- **M. Richard Legault**  
Membre *ex officio* - Président du conseil d'administration
- **M. Dan Gabay**  
Membre *ex officio* - Président-directeur général

### COMITÉ DES SOINS, SERVICES ET PARTENARIATS

- **M<sup>me</sup> Isabelle Brault, coprésidente**
- **M<sup>me</sup> Nada Dabbagh, coprésidente**
- **M<sup>me</sup> Marie-Julie Chartrand**
- **M<sup>me</sup> Judy Martin**
- **M<sup>me</sup> Nathalie Pineda**
- **D<sup>r</sup> Mathieu Walker**
- **M<sup>me</sup> Marianne Ferraiuolo**  
Membre observateur
- **M. Richard Legault**  
Membre *ex officio* - Président du conseil d'administration
- **M. Dan Gabay**  
Membre *ex officio* - Président-directeur général

## COMITÉ – COMMUNICATIONS

- **M. Allen Van der Wee, président**
- **M<sup>me</sup> France Desjardins**
- **M<sup>me</sup> Nada Dabbagh**
- **Mme Judy Martin**
- **M. Gary Whittaker**
- **M<sup>me</sup> Susan McKercher**  
Membre observateur
- **M. Richard Legault**  
Membre *ex officio* - Président du conseil d'administration
- **M. Dan Gabay**  
Membre *ex officio* - Président-directeur général

## COMITÉ – RESSOURCES HUMAINES

- **M. Richard Legault**  
Président du comité et du conseil d'administration
- **M<sup>me</sup> France Desjardins**
- **M<sup>me</sup> Isabelle Brault**
- **D<sup>r</sup> Samuel Benaroya**
- **M. Paul Lohnes**
- **M. Gary Whittaker**
- **M. Allen Van der Wee**
- **M. Dan Gabay**  
Membre *ex officio* - Président-directeur général

## COMITÉ DES USAGERS ET DES RÉSIDENTS

- **M<sup>me</sup> Micheline Béland, présidente**  
Présidente du comité des usagers Dorval-Lachine-LaSalle
- **M. John Brkich, trésorier**  
Président du comité des résidents du Centre de soins prolongés Grace Dart
- **M. Abdelkarim Elgadi**  
Président du comité des usagers de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas
- **Vacant**  
Membre du comité des usagers de l'Hôpital général du Lakeshore
- **Vacant**  
Membre du comité des résidents du Centre d'hébergement Nazaire-Piché
- **Vacant**  
Membre du comité des résidents du Centre d'hébergement de Lachine
- **M<sup>me</sup> Jeanine Lemire**  
Membre du comité des résidents du Centre d'hébergement de Dorval

- **M. Claudel St-Pierre**  
Président du comité des résidents du Centre d'hébergement Denis-Benjamin-Viger
- **M<sup>me</sup> Diane Trempe**  
Présidente du comité des usagers du Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal (CROM)
- **M<sup>me</sup> Sarah Jansen**  
Président du comité des usagers de l'Hôpital Sainte-Anne
- **M<sup>me</sup> Bonnie Cuthbert**  
Présidente du comité des usagers de St. Mary

## CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

- **D<sup>re</sup> Hélène Daniel, présidente**
- **M<sup>me</sup> Hélène Paradis, 1<sup>re</sup> vice-présidente comités**  
Représentante du département de pharmacie
- **D<sup>r</sup> Fadi Habbab, 2<sup>e</sup> vice-président départements**  
Représentant du Centre hospitalier de St. Mary
- **D<sup>re</sup> Mathangi Ramani, trésorière**  
Représentante de DLL (Dorval-Lachine-LaSalle)
- **D<sup>re</sup> Liliane Fortier, secrétaire**  
Représentante du volet CLSC
- **D<sup>re</sup> Inès Tamokwé Mesouop**  
Représentante du volet CHSLD
- **D<sup>re</sup> Joan Mason**  
Représentante de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas
- **D<sup>re</sup> Karen Dahan**  
Représentante de DLL (Dorval-Lachine-LaSalle)
- **D<sup>r</sup> Steven Herskovitz**  
Représentant du Centre hospitalier de St. Mary
- **D<sup>r</sup> Rickul Varshney**  
Représentant de l'ODI (Ouest-de-l'Île)
- **D<sup>r</sup> Achla Virmani**  
Représentant de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas
- **D<sup>r</sup> Christian Zalai**  
Représentant de l'ODI (Ouest-de-l'Île)
- **D<sup>r</sup> Mathieu Walker**  
Représentant des médecins spécialistes au CA
- **D<sup>r</sup> John Machado**  
Directeur des services professionnels
- **M. Dan Gabay**  
Président-directeur général

## COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES SAGES-FEMMES

- **M<sup>me</sup> Catherine Mason, présidente**
- **M<sup>me</sup> Trista Leggett, vice-présidente**
- **M<sup>me</sup> Magali Letarte, secrétaire**
- **M<sup>me</sup> Rachida Amrane, administratrice**
- **M. Dan Gabay**  
Président-directeur général

## COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES (CECII)

- **M<sup>me</sup> Jennifer Marandola, présidente**  
Direction des soins infirmiers
- **M<sup>me</sup> Beverley-Tracey John, secrétaire**  
Membre d'office - Directrice des soins infirmiers
- **M<sup>me</sup> Majorie Blanchette, trésorière**  
Direction des services professionnels
- **M<sup>me</sup> Diane Glavina**  
Direction de soutien (Direction des ressources humaines et des affaires juridiques)
- **M<sup>me</sup> Nancy Lyons**  
Direction du programme jeunesse
- **M<sup>me</sup> Nathalie Pineda**  
Direction des programmes de santé mentale et dépendances
- **M<sup>me</sup> Oumeet Ravi**  
Infirmière praticienne spécialisée
- **M<sup>me</sup> Rinda Hartner**  
Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)
- **Vacant**  
Direction du programme de la déficience intellectuelle, du trouble du spectre de l'autisme et de la déficience physique
- **M. John William Kayser**  
Coopté - Direction des soins infirmiers
- **M<sup>me</sup> Valérie Charles**  
Coopté - Direction déléguée prévention et contrôle des infections
- **M. Dan Gabay**  
Membre d'office - Président-directeur général
- **Vacant**  
Membre d'office - Infirmière auxiliaire
- **M<sup>me</sup> Marie-Claude Goyer**  
Membre d'office - Infirmière désignée par le doyen ou directeur du programme universitaire de sciences infirmières

## COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

- **M. Sébastien Tremblay, président**  
Éducateur spécialisé
- **M<sup>me</sup> Shannon Conway, vice-présidente**  
Travailleuse sociale
- **M. Jerry Belony, trésorier**  
Éducateur spécialisé
- **D<sup>r</sup> Simon Racicot, responsable des communications**  
Psychologue
- **M. Michel De Oliveira**  
Travailleur social et agent de planification, programmation et recherche (APPR)
- **M. Rigaud Saint-Amour**  
Travailleur social
- **M<sup>me</sup> Rachel Landry**  
Physiothérapeute
- **M<sup>me</sup> Flora Masella**  
Récréologue
- **M<sup>me</sup> Ouerdia Afgoun**  
Hygiéniste dentaire
- **M<sup>me</sup> Bertine Akouamba**  
Agente de planification, programmation et de recherche (APPR)
- **M<sup>me</sup> Isabelle Poirier**  
Technicienne en administration
- **M<sup>me</sup> Venise Calluzzo**  
Adjointe à la directrice des services multidisciplinaires
- **M<sup>me</sup> Amélie Giroux**  
Nutritionniste, cheffe de l'administration des programmes cliniques en hébergement du secteur est
- **M<sup>me</sup> Nathalie Laviolette**  
Conseillère-cadre aux services aux autochtones et à la sécurisation culturelle
- **M. Abdelhafid Lgui**  
Assistant chef en imagerie médicale
- **M<sup>me</sup> Nathalie Pellerin**  
Directrice des services multidisciplinaires
- **M. Dan Gabay**  
Président-directeur général

## COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

- **M<sup>me</sup> Emélie Castonguay-Leclerc, coprésidente**  
Directrice adjointe qualité, performance et expérience client (DQEPE)
- **D<sup>re</sup> Willine Rozefort, coprésidente**  
Directrice adjointe médicale DSP
- **M<sup>me</sup> Franca Palucci, secrétaire**  
Agente administrative à la DQEPE
- **M<sup>me</sup> Martine Beurivage**  
Membre représentante de la DI-TSA-DP  
Directrice adjointe trajectoire DI-TSA-DP
- **M. Marc Boutin**  
Membre représentant de la DPSMD  
Adjoint au directeur
- **M<sup>me</sup> Danielle Couderc**  
Membre représentante de la DQEPE  
Conseillère-cadre en gestion des risques
- **M<sup>me</sup> Venise Calluzzo**  
Membre représentante de la DSM  
Adjointe à la directrice
- **M<sup>me</sup> Jennifer Marandola**  
Membre représentante du CECII  
Conseillère-cadre – Volet infrastructure et projets cliniques (DSI)
- **M<sup>me</sup> Chantal Manoukian**  
Membre représentante du CMDP et de la DSP  
Chef adjointe – Affaires professionnelles du département de pharmacie (DSP)
- **D<sup>re</sup> Katherine Moxness**  
Membre représentante de la Direction du programme jeunesse  
Directrice du programme jeunesse
- **M<sup>me</sup> Catherine Sinclair**  
Membre représentante du Comité des usagers  
Usagère-partenaire
- **M. Samar Jurdi**  
Membre représentant de la DSI  
Chef de service développement de la pratique professionnelle – volet santé physique (DSI)
- **M<sup>me</sup> Rachel Poyeau**  
Membre représentante de la DHEB et de la DSAD  
Adjointe à la directrice pratique transversale clinique (DHEB)
- **M<sup>me</sup> Karine Gimmig**  
Membre représentante de la DQEPE  
Chef de service en qualité et gestion des risques par intérim
- **M<sup>me</sup> Linda See**  
Membre représentante de la DPJ  
Directrice de la protection de la jeunesse

## AUTRES COMITÉS ET INSTANCES CONSULTATIVES

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

## 3.3 LES FAITS SAILLANTS

### PLUS POUR LE PERSONNEL

#### Prix d'excellence : Programme de relève des cadres

Le Programme de relève des cadres du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a remporté le Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux dans la catégorie Valorisation et mobilisation des ressources humaines et en lice pour le Prix d'excellence de l'administration publique dans la catégorie Gestion des ressources humaines. Ce programme constitue un levier extraordinaire de développement des compétences individuelles et d'optimisation organisationnelle. Il contribue à façonner une culture d'excellence au sein de notre organisation. Il se distingue par sa propension à stimuler l'innovation et la collaboration.

Il est constitué de trois cohortes, totalisant 150 employés à haut potentiel issus de chacune des directions. Des formations, du codéveloppement, des conférences, un abonnement à une revue de gestion ainsi que des mises en application par un plan de développement individuel sont proposés tout au long du parcours.

### PLUS DE DONNÉES

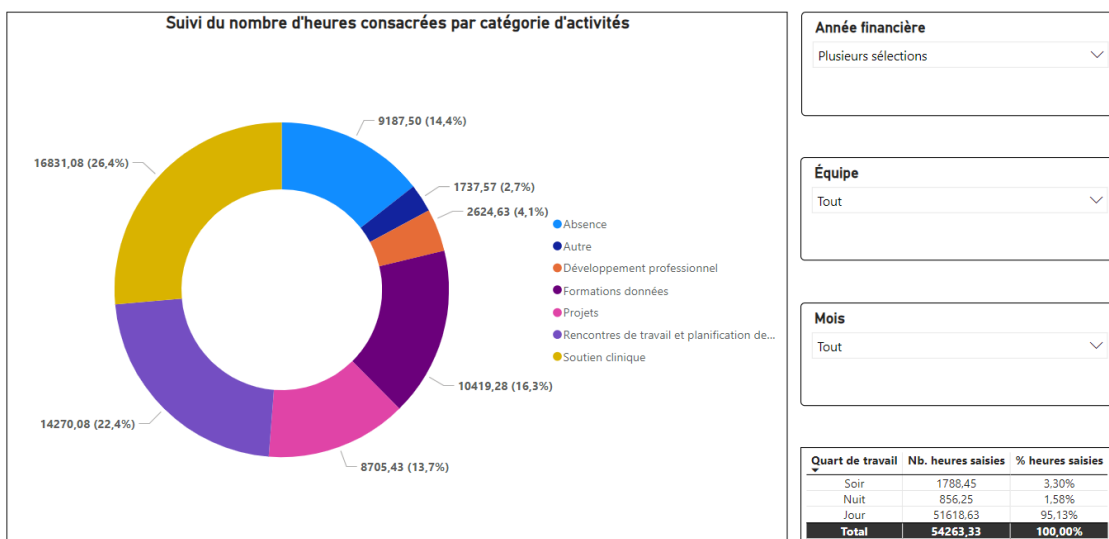
#### Comptabilisation des activités de l'équipe du développement et de la surveillance de la pratique professionnelle

Depuis avril 2023, l'équipe du développement de la pratique professionnelle de la direction des soins infirmiers comptabilise les activités réalisées par l'ensemble des conseillères en soins infirmiers et conseillères en soins infirmiers en pratique avancée. Cette nouvelle pratique nous permet de quantifier les efforts de nos équipes pour les différentes directions de l'organisation.

Cette innovation, qui est une première au Québec, a été présentée lors du congrès du Conseil international des infirmières de juillet 2023. Elle n'aurait pu être réalisée sans l'apport de notre APPR, Mokhtar Haddam.

Ainsi, nous pouvons affirmer fièrement que durant l'année 2023-2024, l'équipe a réalisé près de 17 000 heures de soutien clinique auprès des équipes terrain et a assuré plus de 10 000 heures de formation. Tout ce travail a été réalisé dans le but de favoriser l'intégration, la rétention et la mise à jour clinique des CEPI, des externes, infirmières, et infirmières auxiliaires travaillant dans notre CIUSSS.

Section1: Portrait global des activités



## PLUS DE TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION

### Informer pour mieux rediriger – affichage dynamique des données d'occupation et des alternatives à l'urgence

Les temps d'attente imprévisibles et longs dans nos urgences ont généré leur lot de mécontentements parmi les patients et leurs proches. Afin d'améliorer la fluidité et diminuer le taux d'occupation, des écrans ont été installés dans nos quatre salles d'attente. Cette initiative d'affichage dynamique vise à diffuser, en temps réel et en toute transparence, les informations liées à l'achalandage, ainsi qu'aux alternatives à l'urgence destinées aux patients démontrant des besoins moins urgents (P4 et P5).

Depuis le déploiement du projet initial à l'Hôpital général du Lakeshore (HGL), la réorientation des usagers ambulatoires a augmenté de 30 % par rapport à l'année précédente. Suite à son expansion dans les salles d'attente des urgences du Centre hospitalier de St. Mary, à l'Hôpital de LaSalle, ainsi qu'à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, une réduction de l'affluence et une diminution du stress sur les équipes cliniques ont été remarquées dans l'ensemble des secteurs concernés. De plus, ce projet a amélioré l'expérience client en encourageant de meilleures habitudes de fréquentation de l'urgence.

En outre, cette initiative a augmenté le taux de réorientation à l'urgence de l'HGL à 13 %, nous rapprochant de la cible ministérielle établie à 15 %, démontrant son efficacité et son alignement avec les objectifs organisationnels. La collaboration entre l'urgence, le service informatique, le service Performance et statistiques et le service des communications, ainsi que la mobilisation rapide d'acteurs clés, ont été essentielles au déploiement rapide de ce projet.

## PLUS DE MODERNITÉ

### Élaboration du plan directeur logistique (PDL) 2023-2029

En juillet 2023, la direction logistique (DLog) s'est dotée d'un nouveau plan directeur quinquennal (PDL) qui définit sa vision de devenir un partenaire stratégique offrant une expérience client exceptionnelle à ses partenaires et valorise l'innovation ainsi qu'un engagement durable envers la communauté et l'environnement.

L'offre de service qui y est définie s'articule autour de : la gestion des approvisionnements, des stocks et des entrepôts, la prise en charge des réserves de fournitures, la distribution et le transport (flux de marchandises, patients et employés), la gestion des urgences, le service à la clientèle, et le développement durable. Cette offre de service modernisée s'appuie sur l'utilisation des technologies et des systèmes d'information, le contrôle de la qualité et l'amélioration continue, la gestion des plans d'approvisionnements et des projets organisationnels.

Les projets stratégiques priorités dont la mise en œuvre a débuté permettent déjà à la DLOG de se positionner comme conseiller de confiance auprès des directions partenaires, de les libérer de certaines des tâches opérationnelles logistiques pour se concentrer sur leurs attributions primaires. Inspirée des meilleures pratiques, la DLOG améliore continuellement ses opérations, dans la perspective de remplir pleinement son mandat et de soutenir le CIUSSS dans la prestation de soins et services de qualité et sécuritaires à sa population.

### Une nouvelle urgence modulaire à l'Hôpital général du Lakeshore

En quelques mois seulement, une nouvelle urgence modulaire a vu le jour sur le site de l'Hôpital général du Lakeshore. Ce projet, soutenu par le ministère de la Santé et des Services sociaux, était nécessaire compte tenu de l'état de dégradation de l'urgence actuelle, aménagée il y a près de 30 ans dans une section temporaire de l'hôpital. Cette urgence modulaire servira de phase transitoire en attendant la construction de la nouvelle urgence qui devrait débuter en 2025.

Outre l'urgence au rez-de-chaussée, le bâtiment modulaire abritera au premier étage le futur Groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U), projet mené conjointement avec l'Université McGill. Le futur GMF-U permettra, entre autres, de rediriger les patients de l'urgence de priorités (P4) et (P5), améliorant ainsi leur prise en charge. Le bâtiment modulaire accueillera également au même étage la Clinique d'accès rapide (CAR) qui contribuera à accroître la fluidité au sein de l'hôpital.

Les nouvelles installations offriront un environnement moderne et conforme aux normes et assureront une plus grande sécurité, un meilleur accès et une qualité accrue des soins et des services à la population. Les équipes cliniques, quant à elles, profiteront d'un environnement de travail plus adéquat et agréable pour réaliser leurs activités, de même que des espaces d'enseignement améliorés.

### Unité de soins virtuels

L'unité de soins virtuels (USV) est un service d'hospitalisation à domicile pour les patients de l'Hôpital général du Lakeshore (HGL). Elle permet de favoriser la guérison du patient dans son milieu de vie, de maintenir son autonomie, d'améliorer son expérience et de réduire le risque d'infections nosocomiales.

L'USV a un impact positif sur la fluidité, en ce sens qu'elle permet d'augmenter l'accessibilité aux lits, de réduire la durée moyenne de séjour des patients et de réduire le nombre de consultation et d'examen diagnostiques.

L'unité de soins virtuels (USV), qui a été mise en œuvre à HGL le 12 février 2024, permet la prise en charge actuelle de 5 patients, et vise augmenter à 12 patients en phase 2. Ces patients sont donc considérés comme étant hospitalisés. Un plan de traitement spécifique est élaboré par des professionnels de la santé afin de répondre aux besoins de l'utilisateur dans son milieu de vie 24 h/24, 7 j/7. Une coordination des soins est effectuée à distance par nos équipes grâce à l'utilisation des technologies innovantes.

## PLUS D'ACCESSIBILITÉ

### Création et mise en place d'une nouvelle équipe spécialisée aux mesures d'aide financière dédiée aux milieux privés

Par l'entremise de notre équipe, nous avons accordé de l'aide financière à nos partenaires privés à travers plusieurs programmes de soutien financier mis en place par le MSSS, dont les principaux sont le Programme de transition salariale (PTS) pour les RPA et le Programme de rehaussement du taux horaire (PRTH) pour les CHSLD privés non conventionnés (PNC).

Depuis la création du PTS, nous avons octroyé plus de 5,7 M\$, dont près de 3,0 M\$ durant l'année 2023-2024, qui ont bénéficié 32 RPA de notre territoire. Aussi, le PRTH a bénéficié aux CHSLD PNC de notre territoire à la hauteur d'environ 4,2 M\$ depuis sa création, dont près de 1,6 M\$ durant l'année 2023-2024. Ces RPA et CHSLD PNC, détiennent plus de 4000 unités locatives et plus de 100 lits respectivement pour desservir notre population, et particulièrement nos aînés.

Notre soutien financier à ces partenaires privés s'avère primordial pour leur permettre de faire face à leurs obligations et de favoriser la rétention en offrant des salaires plus compétitifs et ainsi maintenir un niveau de service de qualité envers la population desservie.

PTS					
	Année 1 (15 mai 2022 au 31 mars 2023)	Année 2 (1 avril 2023 au 31 décembre 2023)	Année 3 (1 janvier 2024 au 31 mars 2024)	TOTAL Année 2023-2024 du CIUSSS	TOTAL PTS à date
Tout RPA confondus	2 788 061,24 \$	2 256 395,48 \$	752 131,83 \$	3 008 527,31 \$	5 796 588,55 \$
<b>TOTAL</b>	<b>2 788 061,24 \$</b>	<b>2 256 395,48 \$</b>	<b>752 131,83 \$</b>	<b>3 008 527,31 \$</b>	<b>5 796 588,55 \$</b>
PRS					
	RETRO (2 nov. 2021 au 31 mars 2022)	Année 1 (1 avril 2023 au 31 mars 2023)	Année 2 (1er avril 2023 au 31 mars 2024)	TOTAL Année 2023-2024 du CIUSSS	TOTAL PRS à date
CHSLD Argyle	84 391,00 \$	509 927,00 \$	479 141,07 \$	479 141,07 \$	1 073 459,07 \$
CHSLD Manoir Beaconsfield	70 100,85 \$	371 001,00 \$	414 573,55 \$	414 573,55 \$	855 675,40 \$
CHSLD Château sur le Lac	87 737,81 \$	463 087,00 \$	682 738,00 \$	682 738,00 \$	1 233 562,81 \$
CHSLD Manoir de l'Ouest de l'île	150 849,16 \$	965 636,00 \$	- \$	- \$	1 116 485,16 \$
<b>TOTAL</b>	<b>393 078,82 \$</b>	<b>2 309 651,00 \$</b>	<b>1 576 452,62 \$</b>	<b>1 576 452,62 \$</b>	<b>4 279 182,44 \$</b>

### Déploiement du projet de Dépistage cancer colorectal aux Points de service locaux

Le MSSS a amorcé une campagne nationale de dépistage systématique du cancer colorectal dans les Points de service locaux (PSL) de la province pour la clientèle suivante :

- Personnes âgées entre 50 à 74 ans ;
- Personnes âgées de 49 ans et moins, dont un ou plusieurs membres de la famille ont déjà reçu un diagnostic de cancer colorectal.

Toute personne peut dorénavant se présenter dans un de nos PSL avec ou sans ordonnance d'un médecin. Les infirmières sont habilitées à faire l'évaluation. Des rendez-vous sont disponibles du lundi au vendredi entre 9 h et 17 h aux deux PSL du territoire, soit le PSL Kirkland et le PSL Montréal (Lachine).

Dans le cas d'un test positif, l'utilisateur sera pris en charge rapidement par une infirmière afin d'être orienté vers une clinique d'endoscopie.

Cette nouvelle offre de service contribuera de façon significative au dépistage et au traitement du cancer colorectal de façon précoce, et favorise la santé de la population.

## PLUS POUR LES AÎNÉS ET LES PERSONNES VULNÉRABLES

### Lancement de la politique d'hébergement

L'année 2023-2024 a marqué le départ en force de la Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée (PHSSLD). En effet, les Directions du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) volet Soutien à domicile (SAD) et volet Hébergement ont effectué une tournée intensive de tous les établissements touchés par la politique. Cet exercice de consultation a été réalisé auprès des personnes hébergées, de leurs proches, des prestataires de soins et services, des gestionnaires, des partenaires du CIUSSS et de la communauté élargie. Ces échanges, riches et nombreux, ont permis de sensibiliser toutes les parties prenantes à la politique et à son plan d'action, et d'établir un contact de proximité.

En parallèle, le recensement des bonnes pratiques et des pistes d'amélioration a mené à l'élaboration d'un tableau des priorités, qui guidera les actions des prochaines années.

Les résultats et retombées de cette démarche ont été présentés lors d'un webinaire fort apprécié tenu en mars 2024. Ces résultats seront aussi présentés localement en début de 2024-2025. La politique doit être déployée dans tout le territoire d'ici la fin de 2026.

### Présence du Soutien à domicile à l'urgence

Depuis quelques mois, il y a un intervenant du Soutien à domicile (SAD) à l'urgence de l'Hôpital général du Lakeshore. Son mandat est d'évaluer les dossiers des personnes âgées de 75 ans et plus, non connues des équipes du soutien à domicile, afin de statuer sur la possibilité d'un retour à domicile rapide et sans recours à une hospitalisation, selon leur stabilité médicale.

Un intervenant fait dorénavant donc partie intégrante de l'équipe multidisciplinaire de l'urgence, et travaille de concert avec elle afin d'assurer la meilleure orientation. L'objectif est d'éviter un séjour non essentiel en milieu hospitalier en favorisant un retour à domicile ou une orientation vers un autre milieu adapté aux besoins de la personne. Pour ce faire, l'intervenant peut organiser une mise en place rapide de services à domicile. À ce jour, 155 personnes ont été vues, ce qui s'est traduit par 62 congés obtenus directement de l'urgence. Étant donné ce succès, le projet a été dupliqué aux urgences de l'Hôpital de LaSalle et du Centre hospitalier de St-Mary dès la fin 2023.

### Déploiement de l'équipe gériatrique interdisciplinaire à l'urgence de St Mary, avec une amélioration de la prise en charge des personnes âgées dès l'urgence

L'équipe gériatrique interdisciplinaire du CHSM, composée d'une infirmière en gériatrie, d'un physiothérapeute, d'un ergothérapeute, d'un travailleur social et d'un gériatre a été déployée le 20 novembre 2023. Son objectif est d'adapter ses services aux besoins des personnes de 70 ans et plus, présentant au moins un facteur lié au syndrome gériatrique.

Par la prise en charge rapide et coordonnée, impliquant la communauté, l'utilisateur et ses proches aidants, l'équipe identifie et résout ensemble les obstacles au retour à domicile. Cette approche évite des admissions non nécessaires et réduit les risques de déconditionnement et d'infections nosocomiales associées à une hospitalisation.

Les chiffres témoignent de son efficacité : les admissions ont diminué de 10 %, avec une réduction de la durée moyenne de séjour de 10 heures. De plus, le taux de retour aux urgences dans les 7 jours est passé de 10 % à 4 %.

En mettant l'accent sur l'autonomie et la participation active des patients, l'équipe favorise l'application de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) et la mise en œuvre d'actions visant une meilleure hydratation et une mobilisation plus fréquente.

En conclusion, cette équipe offre une approche complète et coordonnée, réduisant les hospitalisations évitables et améliorant le bien-être global des personnes âgées, illustrant ainsi les nombreux bénéfices de l'interdisciplinarité multidirectionnelle.

## PLUS POUR LA SANTÉ MENTALE

### Implantation à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, de l'équipe de traitement intervention brève dans la communauté, aussi appelée hospitalisation à domicile

Le Traitement intensif bref dans la communauté (TIBC) est une forme d'hospitalisation à domicile adaptée au domaine de la santé mentale. Il s'agit d'une approche novatrice offrant un soutien ciblé et intensif aux personnes en situation de crise ou nécessitant un suivi thérapeutique, dans son environnement naturel, évitant ainsi les hospitalisations prolongées. Avec une équipe multidisciplinaire, le service intervient rapidement pour stabiliser les crises et fournir un soutien à court terme.

Les plans de traitement sont adaptés aux besoins spécifiques de chacun, favorisant ainsi une approche centrée sur la personne. Le TIBC favorise la collaboration avec les familles et le réseau de soutien, créant ainsi un environnement de guérison holistique. Cette approche offre, pour certains profils cliniques, une alternative efficace aux méthodes traditionnelles d'hospitalisation. Le TIBC est l'une des trois nouvelles mesures alternatives à l'hospitalisation, priorisées par le nouveau Plan d'action en santé mentale (PAISM), avec l'unité d'intervention brève (déjà déployée au Douglas), et l'équipe d'intervention rapide (en cours d'implantation). Ces trois mesures sont en interface étroite avec l'urgence psychiatrique.

La nouvelle équipe TIBC, qui a débuté ses activités en septembre 2023, est composée d'un psychiatre, d'infirmières et d'intervenants psychosociaux qui assurent un soutien 16 heures par jour, 7 jours sur 7 aux usagers.

## PLUS POUR LES JEUNES

### Conseil consultatif des jeunes

Le rôle du Conseil consultatif des jeunes des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw (Conseil consultatif des jeunes – CCJ – des Centres Batshaw) est de donner la parole aux jeunes recevant ou ayant reçu des services de l'établissement. Son objectif est de créer une véritable culture de changement dans les services offerts en protection de la jeunesse et au programme jeunesse en facilitant l'implication et l'engagement des jeunes. Les membres du CCJ utilisent leur expérience vécue auprès des CJFB pour améliorer la qualité des services offerts aux jeunes pris en charge.

Le CCJ travaille sur des projets et formule des recommandations sur les politiques et les services des Centres Batshaw, qui ont un impact sur les enfants, les jeunes et leurs familles qui en bénéficient. Le CCJ se fixe comme objectifs de :

- Partager ses opinions, ses perspectives sur
  - la discrimination systémique ;
  - les modifications aux politiques ;
  - le changement stratégique.

- Jouer un rôle-conseil actif pour l'amélioration de la prestation de services.
- Contribuer à l'amélioration des programmes.
- Examiner les besoins actuels et futurs des jeunes.
- Participer à l'élaboration de programmes.

Le conseil consultatif des jeunes s'est réuni sept fois depuis son lancement en novembre 2023. Bien que les jeunes soient encore en apprentissage de leur rôle, ils affirment déjà avoir l'impression que leur voix et leurs opinions comptent et d'apporter une contribution importante.

### Programme Ma famille, ma communauté

Le programme provincial, Ma famille, ma communauté (MFMC), offre aux enfants vulnérables et à leur famille un filet de sécurité dans leur communauté pour éviter les placements, les déplacements et faciliter les réunifications familiales couronnées de succès. Ce programme qui relève au sein de notre établissement de la Direction de la protection de la jeunesse, s'actualise et se coconstruit grâce à de solides partenariats avec les acteurs clés de la communauté.

L'implantation de MFMC s'est amorcée à l'automne 2021 et il a officiellement été lancé à Lachine en septembre 2022 où nombre d'enfants en ont depuis bénéficié. MFMC a ensuite poursuivi son expansion grâce à la création de partenariats avec de nombreux organismes communautaires. Au printemps 2023, des rencontres de prise de décision en équipe (PDÉ) ont ainsi débuté sur le territoire de l'Ouest-de-l'Île.

Cette année, nous avons facilité 17 PDÉ pour un total de 35 enfants qui en ont directement profité. L'objectif de MFMC d'éviter les placements a été magistralement atteint puisqu'un seul PDÉ n'aura pas permis de garder les enfants au sein de leur famille, tout en les maintenant toutefois dans leur communauté.

La force de MFMC repose sur une mobilisation communautaire dynamique, qui a permis aux familles vulnérables que nous desservons de recevoir les services dont elles avaient besoin.

## PLUS DE PRÉVENTION

### Succès des stations visuelles opérationnelles de prévention et contrôle des infections dans les CHSLD

Le CIUSSS-ODIM a adopté le système de stations visuelles opérationnelles (SVO), issu de la culture d'amélioration continue (Lean). Ce système assure une communication bidirectionnelle et place les résidents et leurs familles au centre de toutes nos activités.

Les SVO sont configurées en 3 sections : gestion d'équipe, suivi de la performance, et amélioration continue. Les équipes de soins se réunissent mensuellement pour évaluer leurs activités à l'aide d'indicateurs de qualité (comme les taux d'hygiène des mains par période financière avec le support de la PCI). Tous les visiteurs, les résidents et les employés ont accès à l'information jusqu'à la prochaine animation.

La formation des équipes au moyen d'ateliers, de présentations, et de discussions de groupe, a assuré le succès de l'implantation de ce projet. Les SVO sont déployées dans 41 des 44 sites, soit 93 % de la cible en CHSLD. Elles donnent une visibilité sur les suivis des actions, les indicateurs de performance choisis tels que les taux de conformité de l'hygiène des mains, et les informations utiles au quotidien des équipes.

Ce projet a un effet positif sur l'engagement des équipes et sur l'appropriation d'une culture d'amélioration continue avec une approche novatrice centrée sur de meilleurs soins et services aux résidents dans leur milieu de vie.

## PLUS D'INNOVATION

### Déploiement de la technologie du casque de réalité mixte Hololens

La qualité et la sécurité des patients pendant la prestation des soins représentent une priorité absolue lors des interventions exercées dans le CIUSSS. Le défi de la disponibilité du personnel clinique est omniprésent. Cette condition conduit à une offre de service qui comporte des horizons technologiques innovants.

En août 2023, nous avons déployé des casques de réalité mixte permettant des interventions à distance. Un des cas de figure est l'apport technologique du casque Hololens qui est porté par une clinicienne expérimentée. Cette dernière peut dorénavant aider à conduire une intervention à distance auprès d'une clinicienne en mode d'apprentissage. Plusieurs interventions peuvent être effectuées dans plusieurs sites dans un même quart de travail. Le dispositif permet aux deux intervenantes de voir exactement le même environnement. Elles sont aptes à effectuer des procédures respectant les plus hauts standards de qualité et de sécurité.

La pression sur les prestataires de soins s'en voit réduite et permet une stabilité dans l'offre de service. Soulignons le gain important de la confiance des intervenantes en mode d'apprentissage. Depuis le déploiement, plus de 300 interventions ont été réalisées dans trois unités de soins intensifs, une unité de chirurgie, une unité de maternité et une unité de gériatrie.

## PLUS D'EFFICACITÉ

### Valorisation des données par le développement de Centres de commandement en santé physique et santé mentale

Le projet de valorisation des données par le développement de Centres de coordination et de commandement en santé physique et santé mentale a pour objectif d'améliorer le continuum de soins complet : des services à la communauté, à l'urgence, aux unités de soins, aux blocs opératoires, dans les centres ambulatoires, en imagerie médicale, dans les soins à domicile, et en services de réadaptation.

Ce projet a pour but de développer et déployer des centres de coordination et de commandement (C3) à l'Hôpital général du Lakeshore, au Centre Hospitalier de St Mary ainsi qu'à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

La réussite de cette initiative a permis de fournir en temps réel une vue d'ensemble des opérations hospitalières, facilitant ainsi des prises de décision rapides et concertées pour garantir la fluidité et minimiser les pertes de temps. Actuellement, les équipes cliniques de toutes les directions se mobilisent autour d'objectifs communs, coordonnant les opérations cliniques de manière agile, efficiente et sécuritaire.

Ce projet encourage la collaboration transversale, améliore la compréhension des processus de soins et identifie les informations cruciales pour des décisions rapides et concertées, orientant ainsi les actions visant à améliorer la fluidité et à prévenir les goulots d'étranglement. Le déploiement des centres de coordinations et de commandement permettra notamment de réduire les délais d'attente, améliorant ainsi l'accès aux soins pour les usagers.

## GOUVERNANCE CLINIQUE

### SUR LES UNITÉS DE SOINS

HGL

depuis décembre



+2 / JOUR

### À L'URGENCE

CHSM

depuis janvier



50%

IUSMD

depuis octobre



15%

## MISSION UNIVERSITAIRE

### Plan clinique et académique du CHSM

L'établissement a amorcé en 2023-2024 une démarche d'élaboration de plans cliniques et académiques (PCA) pour chacun de ses centres hospitaliers de santé physique. L'objectif est de documenter la situation actuelle et les écarts avec la situation souhaitée afin de se doter d'une vision pour les 15 prochaines années. À terme, ces travaux permettront au CIUSSS ODIM de se doter d'une vision globale pour l'établissement.

Sous le leadership de la direction générale et avec l'appui de l'expertise de D<sup>re</sup> Ewa Sidorowicz, les équipes ont débuté par le centre hospitalier de St. Mary. Plus de 180 personnes ont activement contribué, lors de plus d'une cinquantaine de rencontres multidisciplinaires, à définir les objectifs et priorités d'actions sous 5 grandes familles d'activités : hospitalisation, chirurgicale, ambulatoire, urgence, diagnostique et thérapeutiques hors bloc, en plus des activités d'enseignement et de recherche de ces différents secteurs.

Notons que les travaux se sont poursuivis avec l'Hôpital de LaSalle en 2023-2024. Le rapport sera produit en 2024-2025 et les travaux pour l'Hôpital général du Lakeshore seront alors entamés.

### Le Centre de recherche de St. Mary a marqué plusieurs jalons importants en 2023-2024

En mai 2023, **Talía Malagón**, professeure adjointe au Département d'oncologie Gerald Bronfman de l'Université McGill, a rejoint le Centre de recherche de St. Mary (CRSM) en tant que chercheuse associée, experte en épidémiologie et modélisation mathématique. Les travaux de la professeure Malagón, représentent une avancée significative dans notre compréhension des facteurs clés pour améliorer les soins contre le cancer et la prévention du VPH et ses cancers associés au sein de nos communautés.

En août 2023, **Anita Koushik**, professeure titulaire au Département d'oncologie Gerald Bronfman de l'Université McGill, a rejoint l'équipe du CRSM en tant que titulaire de la nouvelle chaire de l'Université McGill en oncologie communautaire. Son programme de recherche vise à mieux comprendre l'étiologie du cancer pour améliorer les efforts de prévention primaire et d'évaluation des risques.

Le programme de subventions CARE, établi en 2008 avec le généreux soutien de la Fondation de l'Hôpital St. Mary, a financé deux nouveaux projets en 2023. La D<sup>re</sup> **Jennifer Mutch** a reçu une subvention de 30 000 \$ pour son projet

évaluant l'utilisation d'acide tranexamique pour améliorer les taux de récupération pour les patients recevant des arthroplasties totales du genou et de la hanche. La **D<sup>re</sup> Julia Chabot** a reçu 28 930 \$ pour son projet sur l'intervention musicale en réalité virtuelle en gériatrie.

Le **D<sup>r</sup> Khashayar Esfahani** a été le récipiendaire du prix McGill de développement professionnel en oncologie, lui permettant de poursuivre son étude des événements indésirables liés à l'immunothérapie. Ce prix est un effort collaboratif entre la Fondation de l'Hôpital St Mary, le Département d'oncologie Gerald Bronfman de l'Université McGill et le Centre de Recherche de St. Mary. Le D<sup>r</sup> Esfahani est le premier récipiendaire de ce prix prestigieux établi grâce au généreux soutien de la Fondation de l'Hôpital St. Mary.

Enfin, le Centre de recherche de St. Mary a finalisé son plan stratégique 2023-2028, consolidant ses objectifs et priorités pour les cinq prochaines années, notamment dans ses domaines de recherche tels : les soins contre le cancer, les sciences chirurgicales, les soins aux aînés et les soins primaires et systèmes de santé.

#### **Le Centre de recherche de St. Mary en chiffre :**

- 98 publications (Sources SciVal)
- 19 événements en transferts de connaissances
- 1 543 202 \$ de nouvelles subventions compétitives externes évaluées par les pairs
- 79 projets de recherche en cours
- 21 essais cliniques
- 5 chercheurs à temps plein
- 30 chercheurs cliniciens
- 47 professionnels de recherche
- 16 étudiants

#### **Le Centre de recherche Douglas, un centre du Fonds de recherche du Québec - Santé (FRQS)**

##### **2023-2024 en chiffres**

###### *Nos chercheurs*

- 69 chercheurs réguliers, dont 4 nouveaux chercheurs
- 7 chaires de recherche du Canada (CRC), dont 2 nouvelles et 1 renouvelée
- 18 chercheurs boursiers FRQS, dont 3 nouveaux et 4 renouvelés

###### *Nos étudiants*

- 332 étudiants, dont 25 boursiers FRQS

###### *Subventions*

- >17M\$ en nouvelles subventions

###### *Publications*

- 426 articles revus par les pairs

##### **Rayonnement du Douglas**

- Célébration de **Heinz Lehmann** et des 70 ans de recherche psychiatrique au Douglas
- Le Douglas renouvelle son statut de **Centre de recherche FRQS** avec brio
- Lancement du Programme de mobilisation des connaissances du **Douglas/TREMPAIN McGill**
- D'importants **dons privés** en santé mentale des jeunes (RBC et Molson)
- Près de **100** interventions dans les médias
- Une importante subvention de 4,7 M \$ obtenue pour évaluer Aire ouverte (**Dre Iyer**)

### De nombreuses reconnaissances, pour les chercheurs...

- Les **D<sup>rs</sup> Mallar Chakravarty** et **Marie-Claude Geoffroy** nommés membres du Collège des nouveaux chercheurs, artistes et scientifiques de la Société royale du Canada pour 2023
- La **D<sup>re</sup> Srividya Iyer** reçoit le prix Royal-Mach-Gaensslen pour la recherche en santé mentale
- Le **D<sup>r</sup> Alain Brunet** obtient le Prix Léo Pariseau de l'Acfas 2023
- Les **D<sup>res</sup> Corina Nagy** et **Mahsa Dadar** nommées Futurs leaders canadiens de la recherche sur le cerveau
- Le **D<sup>r</sup> Michel Perreault** reçoit un prix du Centre d'expertise et de collaboration sur les troubles concomitants
- Le **D<sup>r</sup> Bruno Giros** remporte le Senior Investigator Award décerné par le CSPT

### ... et les étudiants

- **Andrée-Ann Baril**, boursière postdoctorale du Centre de Recherche Douglas, participera à la 72<sup>e</sup> rencontre des prix Nobel à Lindau
- **Rachel Dufour** reçoit le premier prix « Brenda Milner – Les Grands Sages » du FRQ
- **Justine Fortin**, **Marjolaine Rivest-Beauregard** et **Samuel Calmels** se sont distingués lors de concours de vulgarisation scientifique (Science Pop, Ma Thèse en 180 secondes)



INAUGURATION D'AIRE OUVERTE KIRKLAND, [GLOBAL NEWS](#), OCTOBRE 2023

DES SOLUTIONS POUR DÉSENGORGER LES HÔPITAUX, [LA PRESSE](#), 15 SEPTEMBRE 2023



GÉNÉTIQUE ET CHOIX DE VIE, [BBC](#), MAI 2023



REPORTAGE AU CŒUR DE LA BANQUE DE CERVEAUX DE MONTRÉAL, [RADIO-CANADA](#), 9 MAI 2023

ENTREVUE AVEC CATHERINE BERGERON, NUTRITIONNISTE À L'INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS, [LE DEVOIR](#), 24 OCTOBRE 2023



CATHERINE BERGERON

# La nutrition pour vaincre les troubles alimentaires

PRIX D'EXCELLENCE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX - MENTION D'HONNEUR EN DÉVELOPPEMENT DURABLE, MAI 2023



REPORTAGE SUR LA CAMPAGNE DE « SANTA FRANK » DES CENTRES DE LA JEUNESSE ET DE LA FAMILLE BATSHAW, [CITY NEWS](#), DÉCEMBRE 2023



REPORTAGE SUR L'UNITÉ DES NAISSANCES DU CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY, [GLOBAL NEWS](#), 13 MAI 2023

HOMMAGE AUX VÉTÉRANS À L'HÔPITAL SAINTE-ANNE, [GLOBAL NEWS](#), NOVEMBRE 2023



LES ÉQUIPES DU SAD ONT MULTIPLIÉ LEURS EFFORTS POUR ASSURER LA SÉCURITÉ ET LE CONFORT DES USAGERS DURANT LA GRANDE PANNE D'ÉLECTRICITÉ D'AVRIL 2023



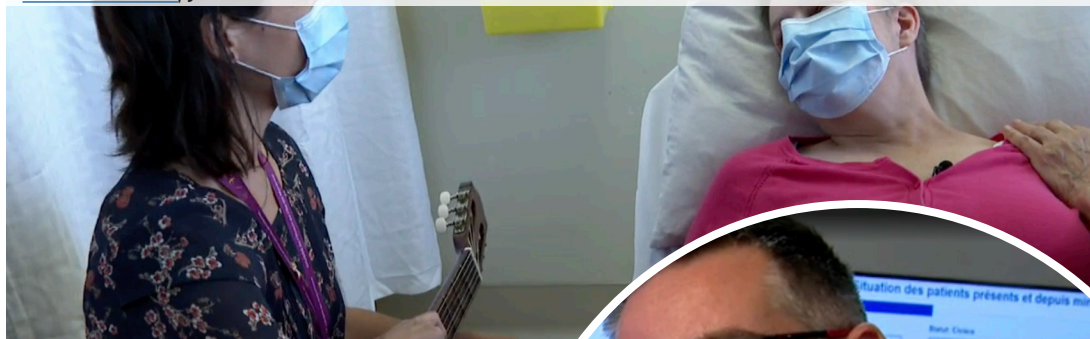
BABYBOOM À L'HÔPITAL DE LASALLE, [CBC NEWS](#), DÉCEMBRE 2023



REPORTAGE SUR L'HORTITHÉRAPIE AUX SERRES DE L'INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS, [MÉTRO](#), MAI 2023



REPORTAGE SUR LES PRATIQUES ALTERNATIVES POUR SOULAGER LES PATIENTS EN ONCOLOGIE, [TVA NOUVELLES](#), JUIN 2023



HOSPITALISATION À DOMICILE À L'INSTITUT DOUGLAS, [TVA NOUVELLES](#), OCTOBRE 2023



APICULTURE URBAINE, [TVA NOUVELLES](#), JUILLET 2023



NOTRE SOUFFLE PAR-DELÀ - UNE SCULPTURE EN HOMMAGE À LA PROFESSION INFIRMIÈRE, [THE GAZETTE](#), OCTOBRE 2023



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

Cette partie concerne l'établissement public et rend compte des résultats des engagements annuels, prévus à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux.

### ENGAGEMENTS ANNUELS

#### Résultats des engagements annuels de l'entente de gestion et d'imputabilité

Indicateur		Engagement 2023-2024	Résultat au 31 mars 2024	Engagement 2026-2027
<b>ENJEU 1 : Une organisation plus humaine du travail</b>				
<b>Orientation 1 : Devenir un employeur de choix</b>				
<b>1</b>	Taux de rétention 0-12 mois des nouvelles embauches dans le réseau (3.03)	<b>73,5</b>	<b>N/D</b>	<b>77,6</b>
<p><b>Commentaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Des actions sont déployées en continu pour améliorer la satisfaction au travail et la rétention de nos équipes</li> </ul> <p><b>Stratégies :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place d'outils pour soutenir les gestionnaires dans les meilleures pratiques touchant la rétention.</li> </ul>				
<b>2</b>	Pourcentage d'employés du réseau de la santé et des services sociaux qui recommandent leur établissement comme employeur (3.02)	<b>Établissement de la cible de départ</b>	<b>N/D</b>	<b>+4,5 % par rapport à la cible de départ</b>
<p><b>Commentaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nouvel indicateur, information non disponible.</li> </ul>				
<b>4</b>	Nombre d'heures travaillées par les employés des agences de placement de personnel et par la main-d'œuvre indépendante (3.06.01)	<b>1 417 823</b>	<b>N/D</b>	<b>0</b>
<p><b>Commentaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Données à la P13 non disponibles au moment de la production du RAG.</li> </ul> <p><b>Stratégies :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consolider les services 24/7 sur un cycle annuel: Stabiliser ou réduire le ratio de temps supplémentaire obligatoire (TSO) par rapport à l'année financière précédente.</li> <li>Améliorer la prévisibilité et la stabilité des horaires: Avoir déployé l'autogestion des horaires dans l'ensemble des unités 24/7 qui sont composées d'environ dix (10) employés et plus d'ici le 31 mars 2025.</li> <li>Améliorer la présence au travail : Réduire le ratio d'invalidité de 2,00 % dans l'ensemble des secteurs/services de l'organisation par rapport à l'année financière précédente.</li> </ul>				

5	Pourcentage des employés formés sur les réalités autochtones (3.01.02)	100 %	100 %	100 %
<p><b>Commentaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Un travail est fait en continu pour offrir la formation aux nouveaux employés.</li> </ul> <p><b>Stratégies :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ajouter la formation de sensibilisation aux réalités autochtones dans le courriel type qui est utilisé pour les nouveaux employés. Préciser un délai de 30 jours pour compléter cette formation.</li> </ul>				
<p><b>ENJEU 2 : Une population en santé</b>  <b>Orientation 2 : Être proactif et agir de façon préventive</b></p>				
9	Proportion des élèves de 3 <sup>e</sup> année du secondaire ayant une couverture vaccinale complète (1.01.41)	65 %	66,7 %	80 %
<p><b>Commentaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>L'engagement pour 2023-2024 a été atteint.</li> </ul>				
12	Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (1.09.33.01)	65 %	60,2 %	80 %
<p><b>Commentaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le mécanisme de gestion de la liste d'attente a été revu durant l'été pour améliorer le suivi et la gestion proactive des disponibilités des patients.</li> </ul> <p><b>Stratégies :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer une formation et un soutien continu à l'équipe de planification.</li> <li>Envoyer des rappels aux médecins sur le fonctionnement de la liste d'attente en oncologie.</li> <li>Renforcer la surveillance avec l'ajustement des temps opératoires.</li> </ul>				
<p><b>ENJEU 3 : Un accès aux soins et services en temps opportun</b>  <b>Orientation 3 : Offrir une expérience patient axée sur l'accessibilité et la qualité</b></p>				
13	Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt (1.06.20)	363	721	482
<p><b>Commentaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Des efforts sont déployés en continu pour maintenir et dépasser la cible.</li> </ul> <p><b>Stratégies :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Maximiser les efforts sur la vaccination cette année, en incluant les rencontres pour compléter l'ABCdaire lors du rendez-vous de vaccination 18 mois.</li> <li>Libérer les infirmières de certaines tâches pour pouvoir s'investir au niveau des ABCdaires.</li> </ul>				

14	Pourcentage des premières interventions à l'évaluation en Protection de la jeunesse réalisées à l'intérieur de 14 jours (1.06.06)	49 %	46,3 %	61 %
<p><b>Commentaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La méthode de calcul de cet indicateur a été partagée trop tard dans l'année pour permettre un suivi. Par ailleurs, le rapport ministériel a été rendu disponible vers la mi-février. En raison de la nature cumulative annuelle de l'indicateur, il n'a pas été possible de s'ajuster pour atteindre la cible.</li> <li>• L'atteinte de cette cible est incompatible avec les efforts de rattrapage de la liste d'attente à l'évaluation. En effet, les gains faits sur l'assignation des dossiers ayant subi une attente prolongée se traduisent par un écart sur l'atteinte de la cible d'accessibilité.</li> </ul> <p><b>Stratégies :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer un suivi quotidien au niveau de la salle de pilotage du service évaluation-orientation jeunesse (en développement).</li> <li>• Maintenir un équilibre entre le nombre de dossiers urgents (code 1 et 2) et prioritaires (code 3a) assignés, et le nombre de dossiers assignés en rattrapage sur la liste d'attente (code 3b).</li> <li>• Assigner sans délai les signalements retenus après vérification complémentaire terrain (VCT) peu importe le code de priorité, lorsque possible.</li> </ul>				
15	Proportion des usagers ayant reçu des soins et services en santé mentale dans les délais prescrits (1.08.17)	69 %	63,82 %	75 %
<p><b>Commentaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'indicateur est composé du cumul de cinq sous-indicateurs. L'un d'eux est le % d'usagers ayant eu accès à une consultation psychiatrique à l'urgence à l'intérieur de 4 heures. À l'hôpital Douglas, la majorité des usagers ont une consultation à l'intérieur de 4 heures. Ces données ne sont pas incluses dans le calcul de l'indicateur, ce qui affecte le résultat final de la cible.</li> <li>• Si on considère seulement les trois premières composantes de l'indicateur, relatifs aux listes d'attente, la cible est atteinte, avec un taux d'usagers dans les délais de près d'environ 80 %.</li> </ul> <p><b>Stratégies :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poursuivre les travaux sur les listes d'attente afin de maintenir le taux actuel de 80 % d'usagers vus dans les délais.</li> </ul>				
16	Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile (1.03.05.06)	15 975	16 534	16 922
<p><b>Commentaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile dépasse la cible de l'EGI.</li> <li>• En DI-TSA, les épisodes de services sont longs et peuvent limiter l'accès aux services professionnels.</li> </ul> <p><b>Stratégies :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En DI-TSA-DP, poursuivre les initiatives pour bonifier le rôle de l'intervenant-pivot et mettre en place des équipes d'intervenant-référent afin de répondre rapidement aux familles n'ayant pas d'intervenant-pivot.</li> </ul>				

17	Nombre de personnes en attente d'un premier service de soutien à domicile (1.03.25)	395	381	288
<p><b>Commentaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mise en place d'une cellule de travail inter directions intensive de 6 semaines afin d'identifier et mettre en place des améliorations, pour réduire la liste d'attente d'un premier service en soutien à domicile.</li> <li>Révision du cheminement de la demande de premier service pour l'optimiser.</li> </ul>				
18	Nombre d'heures de service de soutien à domicile longue durée, courte durée et soins palliatifs rendues à domicile (1.03.05.05)	1 350 647	1 574 728	1 695 446
<p><b>Commentaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>La cible a été atteinte pour cet indicateur avec 224 081 heures de plus (soit 17 % au-delà de l'engagement).</li> <li>Pour DI-TSA-DP, la plupart des services sont offerts par des professionnels du sous-centre d'activité 7101, donc peu de volumes d'heures.</li> </ul>				
19	Pourcentage des personnes ayant consulté un professionnel de la santé à l'intérieur de 36 heures dans les cliniques médicales (1.09.54)	20 %	34,53 %	30 %
<p><b>Commentaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Encourager les équipes à respecter le délai de 36 h dans les traitements des demandes.</li> <li>Suivre les disponibilités des plages dans les cliniques médicales.</li> </ul>				
20	Pourcentage d'usagers ayant eu accès à un service en CLSC dans les délais établis selon la priorisation (7.04.06)	70 %	67,74 %	73 %
<p><b>Commentaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le volume élevé d'enfants qui requièrent des interventions suite au dépistage dans le cadre du programme Agir tôt, entraîne des enjeux d'accès aux services selon la priorisation.</li> <li>Les conditions des usagers DI-TSA-DP requièrent souvent des épisodes de services relativement longs ce qui a un impact sur les délais d'accès.</li> <li>Le rôle de l'intervenant-pivot nécessite parfois des interventions plus complexes et plus longues.</li> <li>Tous les programmes-services concernés par cet indicateur mettent de l'effort pour atteindre la cible.</li> </ul> <p><b>Stratégies :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Revoir les trajectoires de services et l'offre de services en intervention précoce.</li> <li>Déployer des projets de collaboration avec des organismes communautaires et des centres de la petite enfance du territoire en stimulation précoce.</li> <li>Soumettre des projets IPAM afin d'augmenter l'offre de services en intervention pour les jeunes enfants.</li> <li>Mettre en place des procédures de saisie et des formations pour éviter l'entrée des données erronées par les intervenants.</li> <li>Assurer des suivis hebdomadaires au niveau stratégique afin de respecter notre entente de gestion.</li> <li>Poursuivre le développement d'un outil de suivi pour la direction SAPA-SAD et jeunesse.</li> </ul>				

21	Pourcentage des personnes attirées à un professionnel ou à une équipe de soins de première ligne (1.09.58)	83 %	76,97 %	90 %
<p><b>Commentaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La mise en place du projet PIC (programme d'inscription collective) a contribué partiellement à augmenter l'accessibilité de la clientèle à des équipes de soins de première ligne.</li> <li>• L'inscription du GMF du RLS ODI au PIC n'a pas été significative.</li> <li>• Le nombre d'inscription individuelle auprès d'un médecin de famille a diminué dans les deux RLS depuis la mise en place du PIC.</li> </ul> <p><b>Stratégies :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Travailler en étroite collaboration avec les CML (chefs médicaux locaux) afin d'augmenter l'inscription individuelle de la clientèle sans médecin de famille en attente sur la liste GAMF.</li> <li>• Mettre en place des algorithmes pour une meilleure évaluation de la pertinence afin d'augmenter les références vers d'autres professionnels de la santé à part les médecins.</li> </ul>				
22	Délai moyen de prise en charge à l'urgence pour toute la clientèle (1.09.16.01)	137 minutes	163,83 minutes	86 minutes
<p><b>Commentaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les cliniques d'hiver ont permis l'augmentation du taux de réorientation suivi d'une baisse nette du taux observé lors de la fermeture en avril.</li> <li>• Des défis fréquents de non disponibilité des plages dans la communauté.</li> <li>• Il y a une amélioration à noter pour la prise en charge des priorités P1 et P2 sur les 3 sites. Des efforts mis sur les priorités P1 et P2. On observe une amélioration importante au CH Lakeshore depuis la dernière année pour P1, P2, P3, P4. La prise en charge globale au CH Lakeshore est passée de 180 minutes à 137 minutes.</li> <li>• Pour la santé mentale, sur les trois installations concernées, une a des délais au-delà de la cible de 24 heures. Les mesures sont en cours pour implanter les alternatives à l'hospitalisation (ABC et UIBP), qui vont considérablement améliorer les délais et les durées moyennes de séjour sur civière.</li> </ul> <p><b>Stratégies :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer un suivi étroit entre l'équipe de l'urgence et la première ligne pour la réorientation des visites avec les priorités P4-P5 et introduction du guide de réorientation élargie (pilote à Lasalle).</li> <li>• Optimiser l'utilisation de la clinique d'accès rapide (IPS – CH Lakeshore).</li> <li>• Optimiser l'utilisation de SIURGE par l'équipe médicale du CH Lakeshore et MedUrge au CH St. Mary.</li> <li>• Suivre les indicateurs de prise en charge en continu, les intégrer au Centre de commandement et les afficher en temps réels sur un écran à l'urgence (CH Lakeshore).</li> <li>• Ajouter un médecin 3 soirs par semaine à l'urgence de Lasalle.</li> <li>• Ajouter un 2ieme médecin sur le quart de nuit quotidiennement au CH Lakeshore.</li> </ul>				
23	Durée moyenne de séjour sur civière (1.09.01)	22,7 heures	26,26 heures	17,9 heures
<p><b>Commentaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration du nombre d'usagers en niveau de soins alternatifs (NSA), mais le taux élevé observé en septembre dernier a eu pour effet une diminution significative du nombre de lits disponibles, particulièrement au CH St. Mary.</li> <li>• Une cible opérationnelle a été définie dans les équipes du CH St. Mary et CH Lakeshore – Le travail a été amorcé et intégré systématiquement dans la gestion au quotidien.</li> <li>• Il y a eu une amélioration de cet indicateur au CH Lakeshore qui est passé de 29 h 07 à 23 h 08.</li> <li>• Pour la santé mentale, sur les trois installations concernées une a des délais au-delà de la cible de 24 heures. Les mesures sont en cours pour implanter les alternatives à l'hospitalisation (ABC et UIBP), qui vont considérablement améliorer les délais et DMS sur civière.</li> </ul>				

**Stratégies :**

- Mettre en place un centre de commandement au CH Lakeshore et au CH St. Mary pour assurer une fluidité quotidienne optimale : gestion des exceptions sur les étapes clés du processus à l'aide de niveaux d'alerte.
- Utiliser la surcapacité sur les étages lorsque nécessaire à un niveau plus bas du taux d'occupation (130 % vs 160 %).
- Ouvrir des lits virtuels au CH Lakeshore.
- Planifier et avoir une visibilité des congés au centre de commandement (sur 7 jours).
- Redistribuer les consultations entre la médecine interne et la médecine générale au CH Lakeshore.
- Mettre en place un coordonnateur médical à l'urgence 5 jours par semaine au CH Lakeshore et 3 jours par semaine au CH St. Mary.
- Capacité d'augmenter à 5 jours par semaine au CH St. Mary prévue en juillet 2024.
- Élaborer le Guide de gestion médicale : épisode de soins aux urgences (en cours d'approbation).

25	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an (1.09.32.00)	113	97	N/D
----	--	-----	----	-----

**Commentaires :**

- Travail de collaboration clinico- administratif en continu.

**Stratégies :**

- Mise en place d'un plan d'action et épuration des listes d'attente.
- Faire des blitz pour les chirurgiens concernés.
- Continuer à gérer les priorités basées sur les listes d'attente.

**Légende**

	Atteinte de l'engagement annuel atteint à 100 %
	Atteinte de l'engagement annuel inférieur à 90 %

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

## L'AGRÉMENT

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal est une organisation agréée par Agrément Canada et vient de boucler la boucle sur le Cycle 1, démarré en 2018. Le taux de conformité global pour les critères à priorité élevée était de 91,9 % et 74 % pour les pratiques organisationnelles.

À la suite de la visite d'Agrément Canada en février 2023 pour la séquence 3, le comité d'approbation du type d'agrément a revu, en date du 3 mars 2023, les preuves soumises en guise de suivi à cette visite. À la suite de cet examen, il a été reconnu que le CIUSSS ODIM ne respectait pas 32 critères à priorité élevée et qu'un suivi subséquent devait être fait à cet égard. Des suites d'un dépôt des preuves supplémentaires, un nouvel avis du comité d'approbation daté du 18 mars 2024 a avisé le CIUSSS ODIM qu'un critère à priorité élevée demeure non-conforme. Dans ce même avis, le CIUSSS ODIM a été informé que 70 tests de conformité reliés à 6 Pratiques Organisationnelles Requises (POR) n'étaient pas conformes et exigeaient des preuves supplémentaires. Ces preuves seront déposées d'ici août 2024.

L'établissement a accueilli les visiteurs d'Agrément Canada en mai 2023 pour les séquences 4 et 5. Le comité d'approbation du type d'agrément a revu, en date du 30 juin 2023, les preuves soumises lors de cette visite. Le comité a soulevé 74 non-conformités à cette date et le dépôt des preuves concernant celles-ci est prévu à la mi-mai 2024.

L'équipe de la DQÉPÉ travaille activement à la préparation de la visite d'Agrément Canada de la séquence 1 du Cycle 2 qui aura lieu en novembre 2024.

## LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

L'implantation d'une culture organisationnelle centrée sur l'utilisateur comprend la mise en œuvre d'une culture de confiance basée sur la culture juste en matière de sécurité afin que tout déclarant puisse signaler librement tout incident ou accident sans peur d'être puni et dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des services.

### LES ACTIONS

**Pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents et accidents, le *Service de la qualité et de la gestion des risques* a réalisé les actions suivantes:**

- Offrir une assistance en continu et personnalisée auprès des gestionnaires et directions afin de les soutenir en matière de déclaration et la divulgation des incidents et accidents;
- Offrir des formations personnalisées aux besoins des gestionnaires et de leurs équipes en matière de déclaration, d'analyse et divulgation des incidents et accidents;
  - Du 1er avril 2023 au 31 mars 2024, il y a eu 66 formations dispensées auprès des équipes du CIUSSS ODIM totalisant 552 employés formés, alors qu'en 2022-2023, le total des intervenants formés était de 49. Ceci représente une augmentation de 1 027 % du nombre de personnes formées.
    - 36 formations sur la déclaration auprès de 477 employés;
    - 27 formations sur l'analyse sommaire auprès de 69 gestionnaires;
    - 3 formations sur les rapports d'extraction des tableaux du SISSS auprès de 6 gestionnaires.

- Promouvoir en continu les formations virtuelles mises à la disposition des intervenants par le ministère de la Santé et des Services aux sociaux (MSSS);
  - Les 4 formations sur la plateforme ENA visent à habiliter les intervenants à offrir des soins et des services de qualité et sécuritaires aux usagers, soit :
    - Fondements de la prestation sécuritaire de soins et de services;
    - Déclaration des évènements indésirables survenus lors de soins et de services;
    - Analyse sommaire des évènements indésirables survenus lors de soins et de services;
    - Divulgateion d'un accident.
- Offrir une assistance en continu et personnalisée auprès des utilisateurs de la plateforme du Système d'Information sur la Sécurité des Soins et des Services (SISSS);
- Mettre à jour en continu la page Intranet en gestion des risques et les outils disponibles pour les intervenants;
- Participer à la Semaine nationale de la sécurité des patients qui se tenait du 23 au 27 octobre 2023 sous la thématique : De petits changements. De grands effets. Des soins plus sûrs.
  - Tournée des conseillers en qualité et gestion des risques sur le terrain auprès des installations suivantes :
    - Hôpital de LaSalle;
    - Hôpital général du Lakeshore;
    - Centre hospitalier St. Mary;
    - Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw – Installations à Westmount et à Beaconsfield;
    - Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal – Installations à Beaconsfield et Notre-Dame;
    - Institut universitaire en santé mentale Douglas;
    - CHSLD Denis-Benjamin-Viger;
    - Hôpital Sainte-Anne;
    - Centre administratif.
  - Durant les tournées, les conseillers ont saisi l'opportunité de discuter avec les employés afin de mettre de l'avant les petits changements implantés, les bons coups réalisés au quotidien, les faire participer à un petit questionnaire et distribuer quelques prix.
- Débuter les travaux en collaboration avec le Service de la performance et des statistiques pour la création d'un tableau de bord à partir des données du SISSS.

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

Selon les données disponibles dans nos quatre registres locaux du *Système d'Information sur la Sécurité des Soins et des Services (SISSS)* en date du 2 avril 2024, 10 888 déclarations sont dûment enregistrées pour l'exercice financier 2023-2024, c'est-à-dire du 1<sup>er</sup> avril 2023 au 31 mars 2024. Ce chiffre représente une augmentation de 10 % du nombre de déclarations enregistrées au SISSS comparativement à pareille date l'année dernière, à laquelle il y avait 9 894 déclarations enregistrées.

Il est à noter que les données du SISSS sont en constante évolution, car les déclarations sont inscrites dans le registre électronique dès que possible.

### **Les incidents**

Sur 10 888 événements enregistrés au SISSS en date du 2 avril 2024, il y a 1 226 événements mis en évidence comme étant de gravité A et B, représentant 11 % des événements déclarés.

Les événements de gravité A et B sont des événements qui ne touchent pas l'utilisateur, car l'incident est décelé avant qu'il ne puisse atteindre ou avoir des conséquences sur l'utilisateur.

Les trois principaux incidents pour 2023-2024 mis en évidence sont :

**1. Les événements liés à la médication :**

- Il y a 496 déclarations avec un indice de gravité A et B liés à la médication;
- Cela représente 40 % de l'ensemble des 1 266 incidents déclarés;
- Cela représente 23 % de l'ensemble des 2 203 événements déclarés liés à la médication.

**2. Les événements de type « Autres » :**

- Il y a 289 déclarations avec un indice de gravité A et B pour les événements de type « Autres » qui comprennent notamment des événements comme les blessures d'origine inconnue, les fugues, tentatives de suicide, etc.
- Cela représente 24 % de l'ensemble des 1 266 incidents déclarés;
- Cela représente 12 % de l'ensemble des 2 333 événements de type « Autres » déclarés.

**3. Les événements en lien avec le traitement :**

- Il y a 80 déclarations avec un indice de gravité A et B liés à un traitement;
- Cela représente 7 % de l'ensemble des 1 266 incidents déclarés;
- Cela représente 17 % de l'ensemble des 466 événements déclarés liés à un traitement.

Principaux types d'incidents	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des incidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
Événements liés à la médication	496	40 %	23 %
Événements de type « Autres »	289	24 %	12 %
Événements en lien avec le traitement	80	7 %	17 %

Source : SISSS, 2 avril 2024

## Les accidents

Sur 10 888 événements enregistrés au SISSS en date du 2 avril 2024, il y a 8 666 événements mis en évidence comme étant de gravité C à I, représentant 80 % des événements déclarés

Les événements de gravité C à I sont des événements qui touchent l'utilisateur, et qui sont ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'utilisateur.

Les trois principaux accidents pour 2023-2024 mis en évidence sont :

**1. Les événements liés aux chutes :**

- Il y a 4 121 déclarations avec un indice de gravité C à I liés aux chutes;
- Cela représente 48 % de l'ensemble des 8 666 accidents déclarés;
- Cela représente 93 % de l'ensemble des 4 444 événements déclarés liés aux chutes.

**2. Les événements de type « Autres » :**

- Il y a 1 801 déclarations avec un indice de gravité C à I pour les événements de type « Autres » qui comprennent notamment des événements comme les blessures d'origine inconnue, les fugues, tentatives de suicide, etc.
- Cela représente 21 % de l'ensemble des 8 666 accidents déclarés;
- Cela représente 77 % de l'ensemble des 2 333 événements de type « Autres » déclarés.

**3. Les événements liés à la médication :**

- Il y a 1 477 déclarations avec un indice de gravité C à I liés à la médication;
- Cela représente 17 % de l'ensemble des 8 666 accidents déclarés;
- Cela représente 67% de l'ensemble des 2 203 événements déclarés liés à la médication

Principaux types d'accidents	Nombre	Pourcentage par rapport à l'ensemble des accidents	Pourcentage par rapport à l'ensemble des événements
Événements liés aux chutes	4 121	48 %	93 %
Événements de type « Autres »	1 801	21 %	77 %
Événements liés à la médication	1 477	17 %	67 %

Source : SSSS, 2 avril 2024

En date du 2 avril 2024, il y a un total de 996 déclarations dont l'analyse sommaire n'a pas été soumise ce qui représente 9 % du total des déclarations. Ce chiffre représente une diminution de 55 % du nombre de déclarations dont l'analyse sommaire n'a pas été soumise au SSSS comparativement à pareille date l'année dernière, à laquelle il y avait 2224 déclarations.

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

Le Comité de gestion des risques et le CIUSSS ODIM ont mis en place les mesures suivantes sur les risques d'incidents et d'accidents identifiés précédemment :

- Réalisation d'une analyse exhaustive des événements liés à la médication survenue lors de la prestation de soins et de services afin de mieux comprendre les causes;
- Réalisation d'une analyse exhaustive en collaboration, et à la demande du CECII, pour identifier les actions à prendre afin de diminuer les événements liés à la médication comme l'omission, la dose et le débit, l'heure et la date d'administration, et le non-respect d'une procédure ou protocole au sein des milieux de services employant un nombre important d'infirmières et infirmiers;
- Mise en œuvre d'un rappel périodique aux directeurs et gestionnaires du nombre de déclarations sans analyse sommaire soumise;
- Mise en œuvre d'une mise à jour périodique de l'état de situation des événements sentinelles pour suivi lors des rencontres des membres du Comité de gestion des risques;
- Mise en œuvre d'un mécanisme de suivi des recommandations du Comité de gestion des risques;
- Mise en place d'un point concernant la gestion des risques dans les ordres du jour de chaque comité de gestion des directions au CIUSSS ODIM.

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

Des indicateurs nationaux ont été retenus par les membres du Comité permanent des mesures de contrôle pour la compilation des données afin d'harmoniser les données statistiques dans toutes les installations du CIUSSS. Dans un processus d'amélioration continue, les paramètres suivants ont été ajoutés : rapports accidents et incidents, contention physique et contention humaine, ainsi que les plaintes dans la reddition de compte annuelle.

Une activité de formation et d'information sur les mesures de contrôle a été organisée le 14 juin 2023.

Grâce à la collaboration inter directionnelle, le Directeur santé mentale a pourvu généreusement un coordonnateur d'activités au Comité afin de faire avancer les différents dossiers en lien avec le déploiement des mesures de contrôle.

Le Registre informatisé si longtemps souhaité est devenu une réalité pour l'extraction des données via le Perfocentre en temps réel. Son utilisation améliorera les possibilités de suivi mais aussi l'exactitude des données en lien avec l'utilisation des mesures de contrôles. L'élimination des formulaires de compilations de données éliminera les délais de saisies mais aussi les possibilités d'erreur de saisies reliés à de multiples intermédiaires. Le tableau de bords deviendra un outil très efficace afin de supporter l'amélioration des pratiques cliniques.

La mise en place de la formation clinique sur la plateforme ENA viendra supporter les interventions d'amélioration de la pratique professionnelle. La pérennisation de l'offre de formation permettra d'affecter les ressources humaines (conseil) des différentes directions à supporter les équipes dans leur quotidien afin de mobiliser, accompagner, modifier les pratiques dans une optique d'amélioration continue vers les meilleures pratiques.

Malgré les nombreux défis survenus aux cours des dernières années ayant ralenti le déploiement des outils et des formations, la structure mise en place permettra d'atteindre les objectifs et de pourvoir inculquer une nouvelle culture d'utilisation des mesures de contrôles. Cette culture orientée vers des soins humains et une utilisation parcimonieuse des mesures de contrôle ainsi qu'une augmentation des interventions visant les mesures de remplacements ayant beaucoup moins d'impact négatif sur le quotidien de nos usagers. La mobilisation de l'ensemble des directions vers ce but commun assurera le succès de la démarche.

Grâce à l'effort de tous et la collaboration interdirectionnelle qui constitue la force de notre CIUSSS, nous avons été en mesure d'atteindre nos objectifs eu égard à l'informatisation des données et au registre électronique. Des efforts doivent être poursuivis pour l'harmonisation de la pratique à travers les différentes installations du CIUSSS. Nous continuerons à travailler au déploiement du protocole en veillant au respect des droits des usagers et en soutenant les équipes pour une gestion harmonieuse des mesures de contrôle qui ne devraient être utilisées qu'après avoir priorisé une mesure de remplacement.

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

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

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

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

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

Au moment de clore l'exercice 2023-2024, 757 mesures d'amélioration, ont été appliquées, 53 % sont à portée systémique et 47 % sont à portée individuelle.

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

- La fille d'une usagère porte plainte concernant le plan d'intervention mis en place par l'équipe du service du soutien à domicile pour sa mère. Elle nous signale que le plan proposé ne prend pas en compte les difficultés de mobilité de sa mère, ce qui la prive d'un soutien adéquat dans ses activités quotidiennes.

**Mesure corrective mise en place :**

- ✓ Une nouvelle évaluation approfondie du profil d'autonomie de l'usagère a été réalisée par l'équipe traitante et a permis d'identifier précisément ses besoins en matière de mobilité et d'élaborer un plan d'intervention adapté à sa situation.
- Le fils d'une résidente en résidence pour personnes âgées (RPA) rapporte qu'une mauvaise fiche d'identification a été remise aux ambulanciers, ce qui a causé de la confusion et des retards dans la prise en charge médicale de la résidente lors de son transfert à l'hôpital.
- Mesure corrective mise en place :**
- ✓ La direction de la RPA a rencontré l'employé ciblé et une révision de la procédure a été réalisée afin d'améliorer la préparation des dossiers médicaux lors des transferts en ambulance.
- Un usager nous interpelle concernant le comportement d'un employé en CHSLD qui omet de s'identifier lors de son interaction.
- Mesure corrective mise en place :**
- ✓ L'ensemble de l'équipe du CHSLD a été sensibilisé par la direction concernée afin de rappeler l'obligation de s'identifier clairement lors de toutes les interactions avec les usagers et leurs familles.
- Un homme porte plainte concernant la prise en charge de sa conjointe après une chute survenue en ressource intermédiaire (RI). Le personnel ne pose pas suffisamment de questions pour comprendre les circonstances de l'événement et ne prend pas les mesures nécessaires pour éviter d'autres chutes.
- Mesure corrective mise en place :**
- ✓ La direction concernée a sensibilisé l'ensemble du personnel de la RI à l'importance d'être vigilant concernant les risques de chutes et a procédé à des rappels sur l'application de la procédure existante en matière d'évaluation et de prévention des chutes.
- Un père rapporte que sa fille a subi des blessures physiques lors d'une intervention ayant nécessité une contention physique.
- Mesure corrective mise en place :**
- ✓ À titre préventif, la direction concernée s'est engagée que son personnel puisse recevoir la formation OMEGA. Cette formation vise à outiller les professionnels de la santé à gérer les situations de crise et d'agressivité de manière sécuritaire et respectueuse des droits des usagers.
- Un usager porte plainte concernant des interruptions de soins importants en lien avec l'absence d'alimentation entérale, le non-fonctionnement d'un appareil et un traitement de dialyse non planifié.
- Mesure corrective mise en place :**
- ✓ Un rappel à l'ensemble de l'équipe a été effectué concernant la prise en charge des patients, l'utilisation appropriée des appareils et les ressources d'inhalothérapie disponibles.
- La fille d'une usagère recevant des soins à domicile rapporte que les auxiliaires familiales arrivent souvent en retard, ce qui perturbe l'horaire de l'usagère et lui cause du stress et de l'anxiété.
- Mesures correctives mises en place :**
- ✓ Un rappel a été fait à tous les auxiliaires familiales concernant l'importance de communiquer avec les familles en cas de retard potentiel.
  - ✓ Une personne-ressource responsable des horaires s'est assurée de prendre contact avec la proche de l'usagère afin s'assurer de répondre à ses besoins.

- Un père rapporte un manque de sensibilité culturelle de la travailleuse sociale professionnelle à l'égard de son enfant.

**Mesure corrective mise en place :**

- ✓ Des mesures ont été prises pour que la travailleuse sociale professionnelle et l'ensemble de l'équipe puissent être sensibilisés à la politique de l'équité, la diversité et l'inclusion (EDI) et favoriser une approche plus inclusive et adaptée aux différents bagages culturels des jeunes.

**Protecteur du citoyen**

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a reçu quatre rapports du Protecteur du citoyen durant l'exercice 2023-2024, incluant 12 recommandations portant sur les thèmes suivants :

1. Que le CIUSSS ODIM :

- 1.1 Prenne les mesures nécessaires pour mettre en œuvre les recommandations formulées dans le rapport indépendant demandé par le ministère de la Santé et des Services sociaux;
- 1.2 Évalue la nécessité d'actualiser les documents et les formulaires requis lors de l'utilisation des mesures de contrôle;
- 1.3 Rappelle aux intervenants concernés de l'urgence les conditions qui leur permettent d'utiliser les ridelles;
- 1.4 Poursuive les audits concernant l'utilisation des mesures de contrôle à l'urgence en s'assurant de tenir compte des éléments suivants :
  - Recours aux mesures de remplacement en temps opportun;
  - Utilisation judicieuse des formulaires de consentement;
  - Tenue de dossier et complétion conforme des formulaires et grilles de surveillance, en incluant la surveillance clinique de l'usager ou de l'usagère selon la fréquence prévue.

**Suivi : En cours**

Diverses mesures ont déjà été implantées à cet égard, telles que :

- L'amélioration de la documentation liée à l'utilisation des contentions, en partenariat avec la DPSMD;
  - De nombreux rappels faits aux équipes sur les conditions d'utilisation des ridelles;
  - La formation obligatoire du personnel sur les mesures de contrôle (90 % du personnel formé en date de mars 2024);
  - Un audit sur l'utilisation des mesures de contrôle fait en mars 2024;
  - La transition terminée vers le registre électronique des mesures de contrôle.
  - Procède à la révision du dossier de l'enfant concerné, et;
  - Fasse un audit du dossier afin de s'assurer que la tenue de dossier est conforme aux bonnes pratiques en la matière et que le dossier contient toutes les informations et rapports pertinents.
2. Que le CIUSSS ODIM :
- 2.1 Rappelle au personnel infirmier de l'Unité familiale des naissances d'être à l'écoute des besoins de la personne et adapte sa pratique clinique en conséquence;
  - 2.2 Rappelle au personnel infirmier de l'Unité familiale des naissances d'effectuer le massage du fundus utérin si la condition clinique le requiert.

**Suivi : Réalisé**

Pour remplir ses obligations, le CIUSSS ODIM a fait un rappel aux équipes de tous les quarts de travail en septembre 2023 sur l'importance de l'écoute des patients et de l'adaptation des pratiques cliniques selon leurs besoins. De plus, une capsule de formation sur le massage du fundus utérin a été présentée à tous les quarts de travail en septembre 2023 afin de permettre un rehaussement de la pratique professionnelle et d'assurer que les conditions cliniques et circonstances nécessitant ce traitement étaient connues de tous.

3 Que le CIUSSS ODIM :

- 3.1 S'assure que le personnel infirmier prend adéquatement en charge l'irrigation vésicale continue, incluant :
- La planification du changement de sac d'irrigation;
  - La vidange régulière du sac de drainage;
  - Lors de complications, l'arrêt de l'irrigation, l'évaluation physique de la personne et l'appréciation de l'appareillage.
- 3.2 Rappelle au personnel infirmier l'importance de documenter adéquatement la prise en charge de l'irrigation vésicale en continu ainsi que la prise en charge des complications, particulièrement les éléments suivants :
- La solution irriguée, le volume et le débit;
  - La perméabilité du cathéter;
  - Les quantités et les qualités de l'urine drainée.
- Lors de complications :
- L'évaluation physique réalisée ainsi que ses constats, incluant la réaction de la personne;
  - La vérification de l'intégrité du système de drainage (incluant le cathéter et le sac);
  - La description détaillée des mesures tentées et leurs résultats, incluant l'irrigation manuelle;
- 3.3 S'assure que le personnel infirmier:
- Évalue et documente adéquatement la douleur exprimée par l'utilisateur ou l'utilisatrice de façon continue et structurée;
  - Administre la médication prescrite ou le traitement adapté à la douleur exprimée par l'utilisateur ou l'utilisatrice afin de respecter une certaine hiérarchie;
  - Effectue le suivi de la médication ou du traitement administré afin d'analyser l'évolution du soulagement de la douleur.

**Suivi : En cours**

À l'égard des deux premières recommandations, une formation a été créée par l'équipe de conseillères en soins du CIUSSS ODIM et a été offerte à plus de 50 % du personnel. Elle a également été enregistrée et mise à la disposition des membres du personnel travaillant à temps partiel. L'ajustement de la pratique clinique en fonction de la formation a débuté en février 2024. Un audit assurera la documentation adéquate au cours de l'année 2024-2025. Concernant le soulagement de la douleur, bien que cet aspect ait déjà été abordé dans la formation sur l'irrigation vésicale, une formation additionnelle a été créée et le personnel a commencé à être éduqué à cet égard. L'ajustement de la pratique clinique en fonction de la formation a débuté en mars 2024 et un audit aura lieu durant l'année 2024-2025 pour assurer une bonne implantation de la pratique.

4 Que le CIUSSS ODIM :

- 4.1 Poursuive et coordonne la mise en place d'un plan de services individualisé (PSI) pour l'utilisateur et la proche aidante en collaboration avec tous les intervenants impliqués et autres partenaires notamment le médecin de famille et l'intervenante communautaire;
- 4.2 Prévoit des mesures facilitant le recours à l'expertise en santé mentale pour les usagers inscrits au programme de soutien à domicile, lorsque requis, afin d'assurer la stabilité et la continuité des services;
- 4.3 S'assure d'inclure le volet psychosocial dans l'offre de services de soutien à domicile.

**Suivi : En cours**

4.1 Une formation sur l'élaboration du PSI a été offerte aux intervenants impliqués au dossier. En collaboration avec la DSM, l'équipe médicale, l'équipe du SAD et les intervenants en santé mentale, le PSI de l'utilisatrice a été élaboré.

4.2 Une formation a été offerte aux intervenants du SAD dans un but de sensibilisation et d'éducation des interventions auprès de la clientèle rencontrant des difficultés de santé mentale.

4.3 Une évaluation complète des patients est faite régulièrement. Cette dernière comprend les aspects physiques et mentaux. La nécessité d'une collaboration avec les professionnels de la santé mentale est évaluée et un partage de la prise en charge est encouragé.

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

### **Coroner**

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a reçu sept rapports du Bureau du coroner durant l'exercice financier 2023-2024, incluant un total de 13 recommandations. Ces recommandations, à l'égard de différentes directions, portent sur les thèmes suivants :

1. Que le CIUSSS ODIM
  - 1.1 Mette en place tous les moyens nécessaires pour bonifier l'efficacité de son Guichet d'accès en santé mentale adulte (GASMA) notamment en améliorant ses communications et en réduisant au maximum les délais d'attente pour accéder aux soins et services recommandés et ce, afin que ses usagers soient orientés et pris en charge promptement en fonction de leurs besoins
  - 1.2 Déploie les ressources nécessaires pour répondre promptement et dans les délais recommandés à la demande de traitements plus spécifiques et spécialisés, comme la psychothérapie.

### **Suivi : Complété**

L'efficacité du GASMA a été améliorée en diminuant les actions n'ayant pas de valeur clinique ajoutée afin d'alléger les tâches administratives des professionnels et ainsi accroître leur temps d'intervention directe auprès des patients. De plus, une rétroaction systématique de la demande est transmise au référent avec l'orientation prise concernant cette demande afin de réduire les délais d'attente. Par ailleurs, plusieurs plages horaires d'urgence ont été rajoutées. Pour l'orientation efficace des clients, des contours cliniques ont été élaborés et des rencontres entre l'accès de la 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> ligne ont lieu couramment avec l'aide d'une nouvelle AIC mise en poste pour faciliter ces communications. Les interventions court terme sont maintenant faites directement par les intervenants du GASMA et une offre de soutien clinique rehaussée leur est offerte. De plus, un psychiatre aide aux décisions cliniques pour les cas complexes. Les efforts de recrutement se poursuivent pour augmenter l'offre de service en psychothérapie. Des psychothérapies de groupe sont offertes en attendant d'avoir plus de psychologues.

2. Que le CIUSSS ODIM
  - 2.1 Nous recommandons au Barreau du Québec, à la Chambre des notaires, à l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec, à l'Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec, à l'Ordre des psychologues du Québec, à l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec ainsi qu'aux CIUSSS et CISSS qui emploient des personnes agissant comme médiatrices et médiateurs familiaux de former leurs membres et employés sollicités pour cette fonction tant en matière familiale, en matière de droit de la jeunesse qu'en matière de droit criminel, sur la problématique de l'exposition des enfants à la violence conjugale, la Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives faisant de l'exposition à la violence conjugale un motif de compromission distinct, la Loi portant sur la réforme du droit de la famille en matière de filiation et modifiant le Code civil en matière de droits de la personnalité et d'état civil, et les éléments représentant un risque d'homicide, tel que les différends concernant la garde des enfants.

### **Suivi : En cours**

Les formations des intervenants sont en cours et se poursuivront jusqu'en 2025 afin de se rendre conformes aux recommandations du Bureau du Coroner.

#### 3. Que le CIUSSS ODIM :

- 3.1 Établit un protocole de communication et d'échanges d'informations pour permettre de retracer des personnes disparues ou non identifiées.

### **Suivi : En cours**

Un comité responsable de l'élaboration d'un protocole de communication et d'échange d'information afin de permettre de retracer les personnes non identifiées a été mis en place. Ce protocole sera diffusé sur tous nos sites une fois adopté, et ce, d'autant plus spécifiquement dans nos urgences.

#### 4. Que le CIUSSS ODIM :

- 4.1 Procède à l'analyse des décisions médicales prises et, le cas échéant, met en place les mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients en pareilles circonstances.

### **Suivi : complété**

Un comité de morbidité et mortalité s'est réuni, a revu le dossier et a émis ses recommandations pour l'amélioration de la qualité des soins et services offerts.

#### 5. Que le CIUSSS ODIM :

- 5.1 Revoit la conduite des professionnels de la santé de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas ayant évalué Mme L. en décembre 2022 de même que la qualité et la pertinence des services offerts et du filet de sécurité déployé au moment des congés hospitaliers afin d'éviter des décès similaires;
- 5.2 Rehausse et fait mieux connaître ses protocoles en prévention du suicide et ses trajectoires de soins afin d'assurer la mise en place d'un congé hospitalier sécuritaire aux usagers vulnérables au suicide ou traversant une crise et forme en continu ses équipes de soins, incluant les médecins, en ce sens;
- 5.3 Revoit le fonctionnement et les ressources allouées au service de relance et au module d'intervention rapide (MIR) afin que les équipes d'intervention puissent être avisées et établissent un premier contact avec l'usager avant son congé hospitalier, et ce, peu importe le jour de la semaine. Le MIR doit être en mesure de déployer un filet de sécurité solide;
- 5.4 Développe et met en place un protocole clair pour mieux impliquer les centres de crise ou en prévention du suicide.

### **Suivi : En cours**

5.1 Révision de la procédure et harmonisation des outils utilisés à l'urgence et des notes au dossier à l'urgence de l'IUSMD avec audits occasionnels pour assurer l'utilisation adéquate des outils.

5.2 La DPSMD a élaboré un document synthèse et un algorithme qui rappellent les étapes essentielles de validation en prévention du suicide qui précèdent un congé. Ces derniers ont été diffusés via note de service. De plus, la formation sur le dépistage, la détection et l'évaluation du risque suicidaire est offerte en continu.

6. Que le CIUSSS ODIM :

- 6.1 Réévalue le matériel mis à la disposition des maisons de naissance et renforce l'entraînement;
- 6.2 Les maisons de naissance doivent instaurer un protocole structuré pour permettre aux services d'urgence d'avoir accès à l'immeuble dès leur arrivée;
- 6.3 Modifie les critères de distance d'un centre hospitalier lors de l'implantation de maisons de naissances.

**Suivi : non débuté**

7. Que le CIUSSS ODIM :

- 7.1 Que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, en collaboration avec le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal et la Corporation d'Urgences-Santé, se concertent afin de mettre en place des mesures visant à améliorer les temps d'intervention des services ambulanciers sur la partie ouest de l'île de Montréal.

**Suivi : complété**

À cette fin, le CIUSSS demeure disponible à collaborer avec Urgences-Santé pour améliorer les temps d'intervention.

**Autres instances**

En 2023-2024, le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal a également reçu 13 rapports d'instances de qualité externes qui comprenaient 194 recommandations :

- Un rapport d'enquête du Collège des médecins du Québec incluant 12 recommandations :
  1. Encourager la consultation précoce aux soins palliatifs pour les patients souffrant de conditions non oncologiques et oncologiques graves.
  2. Insister auprès des membres de la communauté médicale sur l'importance de la communication claire et explicite avec les patients et leurs proches quant à la nature des soins palliatifs et de fin de vie incluant la sédation palliative et l'aide médicale à mourir (AMM).
  3. Rappeler aux membres de la communauté médicale les protocoles disponibles (incluant les ordonnances préformâtes) et les modalités thérapeutiques possibles pour la dispensation de soins palliatifs et de fin de vie de grande qualité.
  4. Rappeler aux membres de la communauté médicale l'importance de la vérification dans le registre des directives médicales anticipées (DMA) des volontés des patients, lorsque pertinent.
  5. Accélérer l'amélioration de l'infrastructure et de l'organisation du travail au 8e étage (unité de soins pour les clientèles médicales et chirurgicales SARS-COV2 positives).
  6. Accélérer l'accès au tableau des lits ou à tout autre outil informatique pour la gestion des séjours (notamment pour faciliter la communication entre le personnel de l'unité et le service de salubrité).
  7. Compléter la formation (soins palliatifs et de fin de vie, désamorçage de situation tendue) comme prévu dans le plan d'action développé pour l'ensemble des unités de soins.
  8. Réaliser l'ajout d'une infirmière pivot (ou d'une autre ressource en mesure d'offrir le service requis) au service de soins palliatifs afin de soutenir les patients, proches et équipes traitantes sur les unités de soins à l'extérieur des soins palliatifs.
  9. Relancer les activités d'évaluation de l'acte médical des comités locaux et du comité central.
  10. Recourir aux protocoles de l'INESSS en lien avec les soins de fin de vie dans le cadre de la mise à jour du document "ordonnances médicales pour les soins de confort (patients en fin de vie)" (OPM-49).

11. Prévoir la formation en soins palliatifs et de fin de vie pour l'ensemble du personnel du CIUSSS conformément aux objectifs du plan du MSSS.
12. Considérer l'ajout de patients partenaires dans la structure de gouvernance des soins palliatifs et de fin de vie.

Diverses mesures ont été mises en place depuis le rapport d'enquête du Collège des médecins :

- Des formations concernant les soins palliatifs et les soins de fin de vie sont offertes aux médecins afin de les sensibiliser, les éduquer et les outiller.
  - Les protocoles et les ordonnances collectives visant les soins palliatifs et de fin de vie ont été mis à jour.
  - Les médecins ont été sensibilisés à l'utilisation des ordonnances collectives et protocoles associés ainsi que des diverses modalités thérapeutiques possibles pour la dispensation de soins palliatifs et de fin de vie.
  - Afin de respecter les droits au consentement aux soins, un rappel a été fait aux médecins de toujours identifier la personne habilitée à consentir aux soins pour l'utilisateur ainsi qu'impliquer les travailleuses sociales.
  - Un rappel a été fait aux médecins sur l'importance de vérifier le registre des directives médicales anticipées lorsqu'il faut vérifier les volontés d'un patient.
- Un suivi du jugement en lésion de droits et décision de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse incluant une recommandation :
    1. ORDONNE que les lésions de droit déclarées (articles 4.4, 8, 69, 92 et 93) fassent l'objet d'un examen et d'un suivi auprès des responsables des équipes évaluation/orientation et application des mesures concernées.

À la suite de ce jugement, un examen de la situation a été fait par la Direction de la protection de la jeunesse et aucune lésion n'a été retenue.

- Un rapport sur les améliorations de fonctionnement requises à l'urgence de l'Hôpital général du Lakeshore incluant 135 recommandations :
  - Les recommandations du Rapport Dupuis peuvent se résumer en six grands axes et des mesures ont été prises pour chacun de ces aspects :
    1. L'organisation du travail à l'urgence
      - 1.1 Amélioration des rôles et responsabilités des aides de service
      - 1.2 Amélioration des rôles et responsabilités des préposés aux bénéficiaires
      - 1.3 Éviter de donner des tâches administratives aux infirmières
      - 1.4 Instauration d'une liste des tâches standard heure par-heure pour les divers professionnels et employés
    2. Les activités médicales
      - 2.1 Un Huddle médical a lieu quotidiennement.
      - 2.2 Les cibles de délais de consultation ont été déterminées.
      - 2.3 Un guide de gestion médicale à l'urgence a été rédigé.
      - 2.4 Un comité d'amélioration de la qualité multidisciplinaire est en cours d'implantation.
      - 2.5 Les congés dans les prochains 24 heures avec un bulletin du taux d'occupation sont aisément accessibles.
      - 2.6 Un projet pilote de préparation précoce des congés complexes est en cours.

3. Le délai moyen de séjour à l'urgence
    - 3.1 Des moyens de gestion de la fluidité en continu au quotidien, notamment grâce au C3, permettent une diminution du délai moyen de séjour en assurant la fluidité de la communication pour éviter les barrières aux congés.
    - 3.2 Une gestion par cibles opérationnelles permet un processus d'escalade rapide en cas de drapeaux jaunes et immédiats en cas de drapeaux rouges.
    - 3.3 Un balancement des congés sur les unités quotidiennement et hebdomadairement permet d'améliorer les goulots d'étranglement vécus durant les fins de semaine.
  4. La gestion des risques et la sécurité des usagers
    - 4.1 Une analyse en profondeur des décès des patients à l'urgence de l'Hôpital général du Lakeshore en 2022-2023 a eu lieu.
    - 4.2 Une formation sur la déclaration des accidents et incidents est donnée aux employés en continu.
    - 4.3 Un partage des statistiques liées aux accidents et incidents a lieu hebdomadairement.
    - 4.4 Un comité de révision multidisciplinaire des décès à l'urgence de l'Hôpital général du Lakeshore a été mis en place.
    - 4.5 Le processus de réunion-bilan post-décès a été revu.
    - 4.6 Des audits faits par la DQÉPÉ permettent d'assurer la pérennité des mesures mises en place.
  5. Les activités cliniques infirmières
    - 5.1 Une conseillère-cadre en soins infirmiers a été dédiée à l'urgence 2 jours par semaine.
    - 5.2 Les conseillères en soins sont présentes aux rencontres d'équipe et aux huddle.
    - 5.3 Un sondage de satisfaction sur la présence des conseillères en soins a été fait à l'automne 2023.
    - 5.4 Des audits sur la pratique clinique des infirmières ont lieu régulièrement.
    - 5.5 Des formations pour le développement de la pratique infirmière sont offertes aux équipes (ex. : évaluation tête-pieds, documentation, planification de congé).
  6. Les pratiques de gestion
    - 6.1 Instauration de rencontres quotidiennes pour assurer le suivi des difficultés et de revoir les priorités d'amélioration.
    - 6.2 Instauration d'une procédure standard d'assignation des zones et des horaires de travail.
- Une visite ministérielle pour l'évaluation de la qualité des milieux de vie en centre d'hébergement et de soins longue durée à l'Hôpital de LaSalle incluant deux recommandations :
    1. S'assurer de développer les connaissances des différents acteurs impliqués auprès des résidents afin d'offrir une approche adaptée aux besoins des résidents.
    2. S'assurer d'informer les résidents des mets qui leur sont servis.

Afin d'assurer que le CIUSSS ODIM respecte ses obligations, un kiosque d'activité de sensibilisation sur les soins palliatifs est tenu tous les 6 mois selon le calendrier établi. De plus, la formation du personnel sur les soins palliatifs est en cours sur la plateforme ENA.

Concernant le droit des usagers d'être informé les menus offerts, un rappel est fait tous les jours lors du rapport interservice. De plus, un audit pour les repas est fait aux deux semaines. Les recommandations sont données en personne lors des rencontres d'animation de station visuelle opérationnelle. Finalement, le menu est affiché dans la cuisinette et il est visible en tout temps.

- Une visite ministérielle pour l'évaluation de la qualité des milieux de vie en centre d'hébergement et de soins longue durée au Centre de soins prolongés Grace Dart incluant 8 recommandations :
  1. S'assurer de promouvoir les droits des résidents.
  2. S'assurer de développer les connaissances des différents acteurs impliqués auprès des résidents afin d'offrir une approche adaptée aux besoins des résidents.
  3. S'assurer d'offrir des soins d'assistance et des services personnalisés aux résidents qui répondent à leurs besoins et qui favorisent leur autodétermination.
  4. S'assurer que les résidents ne soient pas en attente plus de vingt minutes avant le début des repas.
  5. S'assurer d'informer les résidents des mets qui leur sont servis.
  6. S'assurer qu'un comité milieu de vie soutienne activement l'amélioration continue des soins et services offerts aux résidents.
  7. S'assurer d'aménager, d'adapter et de personnaliser l'environnement physique afin d'offrir un milieu de vie accueillant et chaleureux pour les résidents et ses proches.
  8. S'assurer que la communauté soit impliquée dans le milieu de vie.

Diverses mesures ont été implantées ou sont en cours d'implantation depuis cette visite ministérielle. Par exemple :

- Les noms et les photos des membres du comité des usagers sont affichés afin que les résidents puissent faire valoir leurs droits auprès d'eux. De plus, de l'information est offerte sous forme de dépliants concernant le comité des résidents, le comité des usagers et les droits des résidents qui sont disponibles à l'entrée, et ce, sur chaque unité de vie ainsi que dans la pochette d'accueil.
  - Diverses formations sont offertes pour assurer que les usagers reçoivent des soins et services appropriés, notamment concernant les soins palliatifs et de fin de vie ainsi que sur les approches à privilégier concernant les résidents avec un trouble neurocognitif majeur (SCPD).
  - Pour les repas, des capsules d'information et d'animation d'activités de repas ont été offertes au personnel et leur implantation est suivie par les chefs d'unité et SPAC. De plus, les tabliers ne sont pas mis plus de 20 minutes avant le début de l'activité de repas.
  - Le comité de milieu de vie affiche son calendrier de rencontres (4 fois par année).
  - Afin d'assurer un milieu de vie chaleureux, de nombreux rappels sont faits concernant les pratiques institutionnelles préconisées. De plus, des informations sont affichées dans la chambre du résident concernant leur sécurité et sont retirées après une semaine. Par après, toute information importante est présente dans le plan de travail du préposé aux bénéficiaires afin qu'il puisse y avoir accès facilement. Toutefois, lors d'un changement dans les consignes, une communication écrite et visible pour tout le personnel est diffusée.
  - Afin que la communauté soit impliquée dans le milieu de vie, divers partenaires sont sollicités (Fondation Grace Dart, Fondation Dr Clown, zoothérapie, stagiaire, bénévole, etc.). Toutefois, d'autres avenues de partenariat sont en cours d'étude (CROM et écoles).
- Une visite ministérielle pour l'évaluation de la qualité des milieux de vie en centre d'hébergement et de soins longue durée à l'Hôpital Sainte-Anne incluant 7 recommandations :
    1. S'assurer que les résidents et leurs proches aient des opportunités de donner leur point de vue sur le milieu de vie.
    2. S'assurer que chaque résident ait 1 PAB accompagnateur dédié qui actualise ses fonctions.
    3. S'assurer qu'une rencontre interdisciplinaire permettant de cibler les besoins prioritaires et les objectifs d'intervention pour le résident est réalisée dans le respect du délai prévu à la procédure.

4. S'assurer d'offrir des soins d'assistance et des services personnalisés aux résidents qui répondent à leurs besoins et qui favorisent leur autodétermination.
5. S'assurer d'informer les résidents des mets qui leur sont servis.
6. S'assurer d'aménager, d'adapter et de personnaliser l'environnement physique afin d'offrir un milieu de vie accueillant et chaleureux pour les résidents et ses proches.
7. S'assurer d'offrir quotidiennement aux résidents des activités stimulantes, significatives et adaptées.

Les mesures suivantes sont en cours d'implantation depuis la visite ministérielle :

- Un sondage concernant les loisirs et l'alimentation a eu lieu l'année dernière. L'équipe travaille présentement à compléter les plans d'action découlant des résultats afin d'implanter les suivis qui reflètent les préférences des usagers et de leurs proches.
  - Des réunions interdisciplinaires PII avec les proches et toute l'équipe interdisciplinaire (médecin, infirmière, préposé, travailleur social, ergo, physio, nutrition, loisirs, éducateur spécialisé, pharmacien, etc.) ont lieu dans un délai maximum de 4 à 6 semaines suite à l'admission du résident. Les résultats de ces rencontres sont utilisés pour réviser la grille PII par la suite.
  - Concernant le droit des usagers d'être informé des menus offerts, un audit pour les repas est fait chaque mois. Les recommandations sont données en personne lors des rencontres d'animation de station visuelle opérationnelle.
  - Des capsules d'information et d'animation d'activité de repas ont été offertes auprès de tout le personnel de soins et leur implantation est suivie par les chefs d'unité et le SPAC.
  - Des modifications aux programmations de loisirs ont eu lieu lors de la pandémie, résultant en une fragmentation des programmations. L'établissement travaille présentement à regrouper ces programmations afin de pouvoir offrir un minimum de deux activités par jour aux résidents.
- Une visite ministérielle pour l'évaluation de la qualité des milieux de vie en centre d'hébergement et de soins longue durée Nazaire-Piché incluant 3 recommandations :
    1. S'assurer de développer les connaissances des différents acteurs impliqués dans le milieu de vie afin d'offrir une approche adaptée aux besoins des résidents.
    2. S'assurer de l'entretien des lieux afin d'offrir un milieu de vie accueillant et chaleureux pour les résidents et ses proches.
    2. S'assurer d'offrir quotidiennement aux résidents des activités stimulantes, significatives et adaptées.

Depuis la visite ministérielle, voici les mesures qui ont été implantées ou qui sont présentement en cours d'implantation :

- Un plan d'activités de bienveillance et de lutte contre la maltraitance a été mis en place comprenant, par exemple, des activités lors de la journée internationale de la personne âgée, une activité de bingo pour faire la promotion de la bienveillance avec des exemples dans la vie quotidienne des personnes âgées et une activité de promotion des 12 droits des résidents. De ce fait, l'établissement va offrir un minimum de trois activités de bienveillance et deux activités de lutte contre la maltraitance par année pour sensibiliser les différents acteurs du milieu (résidents, proches, prestataires de service, bénévoles, etc.).
- Un plan de peinture est en cours. La peinture a été faite dans 14 chambres depuis le 30 août 2023 et deux murs supplémentaires ont été décorés.
- L'établissement travaille à s'assurer qu'il y a des activités de loisirs structurés offertes 7 jours sur 7, d'offrir un minimum de deux activités par jour aux résidents et s'assurer d'inscrire toutes les activités au tableau dédié pour les activités sur chaque unité.

- Un plan a été mis en place avec un calendrier des activités « moments de douceur » sur chaque unité en rotation sur quatre semaines.
  - Une formation est offerte par la récréologue pour 2 PAB par étage.
  - Il y a eu une rencontre de sensibilisation pour le personnel sur l'importance de faire des activités nécessaires pour le bien-être des résidents et de bien documenter le type d'activités réalisées.
  - Afin de faire perdurer ces mesures, des audits sont prévus à chaque période financière pour assurer que ces activités sont bien réalisées. Les résultats de ces audits sont diffusés sur la station visuelle opérationnelle (SVO).
- Une visite ministérielle pour l'évaluation de la qualité des milieux de vie en centre d'hébergement et de soins longue durée de Lachine incluant 7 recommandations :
    1. S'assurer que les résidents et leurs proches aient des opportunités de donner leur point de vue sur le milieu de vie.
    2. S'assurer que le personnel démontre de la courtoisie et respecte l'intimité du résident.
    3. S'assurer d'offrir des soins d'assistance et des services personnalisés aux résidents qui répondent à leurs besoins et qui favorisent leur autodétermination.
    4. S'assurer que les résidents ne soient pas en attente plus de vingt minutes avant le début du repas.
    5. S'assurer d'adapter les pratiques afin d'offrir un milieu de vie permettant aux résidents de se sentir comme à la maison et s'assurer de l'entretien des lieux afin d'offrir un milieu de vie accueillant et chaleureux pour les résidents et ses proches.
    6. S'assurer d'offrir quotidiennement aux résidents des activités stimulantes, significatives et adaptées.
    7. S'assurer de la présence de bénévoles auprès des résidents et que la communauté soit impliquée dans le milieu de vie.

Depuis la visite ministérielle, voici les mesures qui ont été implantées ou sont en cours d'implantation :

- Concernant la sensibilisation à la bientraitance et la lutte contre la maltraitance, l'établissement offre aux membres du personnel des formations sur la bientraitance disponible sur l'ENA. De plus, des ateliers de sensibilisation et de formation sur l'approche, ainsi que le respect et la civilité, ont été offerts pour tous les prestataires de services à 6 reprises pour assurer qu'un maximum de prestataires de toutes les catégories d'emploi puisse y participer.
- Afin d'assurer le respect des usagers, des rappels sont faits lors des rencontres d'équipe de cogner à la porte de la personne hébergée avant de rentrer.
- Un sondage concernant les loisirs et l'alimentation a eu lieu l'année dernière. L'équipe travaille présentement à compléter les plans d'action découlant des résultats afin d'implanter les suivis qui reflètent les préférences des usagers et de leurs proches.
- En octobre 2023, il y a eu une activité café-causerie qui s'appelait « Votre voix, notre inspiration » pour recenser les bons coups et les pistes d'amélioration du centre d'hébergement auprès des personnes hébergées, des proches, des prestataires de services et des bénévoles. Cette activité sera possiblement répétée régulièrement. Les pistes de solution seront mises dans un plan d'action et présentées à tous.
- Une capsule d'information et animation d'activité de repas est offerte auprès du personnel de soins sur chaque unité de vie. Le suivi de cette capsule sera fait par les chefs d'unité et le spécialiste en activité clinique (SPAC).
- Des rappels auprès des équipes sont faits sur l'installation des usagers avant le repas, installation qui ne devrait pas excéder 20 minutes. Un audit sur l'activité de repas sera fait à chaque période financière sur

chaque unité de vie. Les résultats de ces audits seront disponibles sur les stations visuelles opérationnelles (SVO) de chaque unité.

- Afin de maintenir un sentiment de milieu de vie, l'établissement veut réduire le nombre d'affichages à un minimum dans la chambre et s'assurer que seulement les affichages nécessaires sont présents, c'est-à-dire ceux qui assurent la sécurité du résident. Lorsqu'ils sont nécessaires, il est recommandé de favoriser des endroits plus discrets dans la chambre du résident. Un comité est déjà instauré au niveau de SAPA Hébergement pour mettre en place une politique sur les affichages, et ce, afin que l'application de la politique dans tout le CIUSSS respecte la politique ministérielle.
  - Un plan d'action concernant le maintien de l'environnement est fait en collaboration entre le gestionnaire de site (GRS), le chef des installations matérielles et le chef d'hygiène et salubrité. Dans la même optique d'amélioration du milieu de vie, des projets de changement de mobilier dans les salles à manger, changement des luminaires dans les salles communes ainsi que la peinture dans les corridors est en cours de déploiement.
  - Afin de favoriser la présence de bénévoles dans le milieu de vie, l'établissement doit convenir d'un plan avec le chef des bénévoles afin d'augmenter son réseau de bénévoles. De plus, plusieurs organismes sont contactés pour impliquer leurs partenaires (tables de quartier, Collège Sainte-Anne, Les petits frères, la Société d'Alzheimer, etc.).
- Une visite ministérielle pour l'évaluation de la qualité des milieux de vie en centre d'hébergement et de soins longue durée de Dorval incluant 7 recommandations :
    1. S'assurer que les résidents et leurs proches aient des opportunités de donner leur point de vue sur le milieu de vie.
    2. S'assurer d'offrir des soins d'assistance et des services personnalisés aux résidents qui répondent à leurs besoins et qui favorisent leur autodétermination.
    3. S'assurer que l'activité repas se déroule de manière à favoriser le plaisir de manger.
    3. S'assurer d'informer les résidents des mets qui leur sont servis.
    4. S'assurer que les résidents bénéficient d'une réponse à leurs besoins notamment par une collaboration soutenue, entre les membres du personnel, pendant l'heure des repas.
    5. S'assurer d'aménager, d'adapter, de personnaliser et d'entretenir les lieux afin d'offrir un milieu de vie accueillant et chaleureux pour les résidents et ses proches. S'assurer également d'adapter les pratiques afin d'offrir un milieu de vie permettant aux résidents de se sentir comme à la maison.
    6. S'assurer d'offrir quotidiennement aux résidents des activités stimulantes, significatives et adaptées.

Depuis la visite ministérielle, voici les mesures implantées ou en cours d'implantation :

- En 2023, il y a eu une activité café-causerie qui s'appelait « Votre voix, notre inspiration » pour recenser les bons coups et les pistes d'amélioration du centre d'hébergement auprès des personnes hébergées, des proches, des prestataires de services et des bénévoles. Cette activité sera répétée régulièrement. Les pistes de solution seront mises dans un plan d'action et présentées à tous.
- L'établissement est en cours de création d'un comité avec les chefs d'unité, préposés, infirmières et le gestionnaire de site pour établir un plan d'action afin que les jours de bain soient identifiés dans le plan de travail et respectés par tous les préposés à moins d'un refus de l'utilisateur, que les heures de lever et coucher soient identifiées dans le plan de travail et respectées par le préposé pour que les résidents soient prêts pour leurs activités ainsi que pour s'assurer que le programme de marche soit bien suivi par le personnel de soins afin de prévenir le déconditionnement. À cet effet, des rappels et des audits réguliers auprès des employés doivent être faits pour assurer que le programme de marche est bien suivi.

- Lors des repas, l'établissement s'assure que le choix de musique d'ambiance est approprié et adapté à la clientèle hébergée, que le personnel évite les conversations non nécessaires entre eux et favorise des interactions avec les résidents, notamment en les encourageant à manger ou en proposant un menu alternatif. Afin de favoriser cette approche, une capsule de sensibilisation et une activité de mise en situation ont été effectuées auprès du personnel de soins sur chaque unité de vie. Cette capsule rappelait par ailleurs l'obligation d'énoncer le menu en remettant le cabaret à la personne hébergée. Pour assurer la pérennité de ces mesures, des rappels hebdomadaires sont faits durant les rencontres d'équipe et des audits sont faits à chaque période financière. Ces résultats sont diffusés sur les stations visuelles opérationnelles (SVO) de chaque unité.
- Finalement, afin de permettre un milieu de vie adapté et sécuritaire, l'établissement doit déterminer les attentes envers personnel de soins pour les activités de moments de douceur en offrant des capsules de sensibilisation et de formation auprès du personnel. Ces dernières ont pour but d'offrir des moments de douceur de qualité et bien documentés.
- Une visite ministérielle de l'équipe de soutien, transformation, accès et terrain (STAT) à l'Hôpital général du Lakeshore incluant 6 recommandations prioritaires :
  1. Doter l'urgence d'une approche gériatrique et clarifier le rôle de l'unité de transition à l'urgence (UST).
  2. Soutenir l'implantation de la déclaration de l'hébergement à domicile (DHD) et de la planification précoce et conjointe de congé (PPCC).
  3. Mettre en place une gouvernance axée sur la fluidité avec des gestionnaires dédiés à la fluidité et imputables des résultats ainsi que de la performance.
  4. Mettre en place des équipes dédiées au suivi des séjours et de la PPCC à l'urgence et aux unités de soins, sous la coordination d'infirmières gestionnaires de cas, en y incluant des médecins coordonnateurs, des physiothérapeutes et des travailleurs sociaux, notamment.
  5. Implanter rigoureusement l'utilisation pertinente et en temps opportun des consultations auprès des professionnels, notamment par une meilleure utilisation de l'algorithme de soutien à la pertinence des consultations professionnelles de la DSM et effectuer un suivi du respect des balises émises. Il est également opportun de sensibiliser les professionnels aux services offerts en ambulatoire et de créer des partenariats avec ceux-ci pour améliorer la fluidité hospitalière.
  6. Poursuivre les travaux en lien avec une prise en charge médicale hospitalière optimisée. Viser une prise en charge par un médecin hospitaliste directement à l'urgence en évitant les multiples transferts de prise en charge médicale, notamment pour les patients transitant par l'unité de transition de l'urgence.

Diverses mesures ont déjà été implantées depuis cette visite STAT :

- Tous les patients sont revus aux rencontres quotidiennes du matin pour faciliter le transfert adéquat d'information.
- Le projet DHD est en place et le projet prétransfert urgence santé-SAD est débuté. Ce dernier vise à éviter les transferts à l'urgence pour les clients en RI/RPA.
- Une alerte PPCC a été ajoutée dans Clinibase.
- La fluidité est améliorée grâce aux rapports fluidité qui incluent les séjours de tous les patients avec les diagnostics et leur information sociale, de même qu'un suivi quotidien par le coordonnateur fluidité et le coordonnateur médical. Ces derniers ont un processus d'escalade bien établi pour éviter les goulots d'étranglement.
- 11 algorithmes sont en place pour la première ligne afin d'améliorer l'accueil clinique.

- Les délais de consultation sont maintenant facilement visibles au C3. De plus, un protocole de co-admission et un guide de gestion médicale à l'urgence ont été développés.
- La prise en charge médicale a été améliorée par l'ajout de la médecine familiale et de la médecine générale à l'urgence.
- Une équipe multidisciplinaire est présente à l'urgence 6 jours par semaine et il y a eu ajout d'infirmières gestionnaires de cas.
- Une visite ministérielle de l'équipe de soutien, transformation, accès et terrain (STAT) au centre hospitalier de St. Mary incluant 6 recommandations prioritaires :
  1. Profiter de ce virage de la culture de la donnée pour impliquer les coordonnateurs médicaux, chefs de département et service dans l'amélioration de la fluidité hospitalière.
  2. Simplifier la structure de gouvernance de fluidité pour en faire une entité dédiée avec une cogestion clinico-administrative responsable de la fluidité et imputable des résultats.
  3. Déployer le centre de coordination et de commandement (C3) dans un court délai afin de mettre en place cette structure de gouvernance de la fluidité efficiente.
  4. Profiter du déploiement du C3 pour bien définir les rôles et responsabilités dans l'amélioration des différents aspects de la fluidité hospitalière et le déclenchement du plan de surcapacité.
  5. Mettre en place et pérenniser une chaîne de commandement en identifiant la ou les personnes responsables et imputables de l'utilisation du plan de surcapacité.
  6. Mettre en place des infirmières gestionnaires de cas dédiées par unité de soins ou par groupe de médecins.

Depuis la visite ministérielle, voici les mesures qui ont été implantées :

- Le C3 a été mis en place. Depuis ce, un coordonnateur à la fluidité a été nommé, un coordonnateur médical est présent 3 jours par semaine et un poste de directeur médical du C3 a été créé et comblé. Pour assurer un transfert adéquat de l'information, un rapport Perfocentre est envoyé hebdomadairement et un rapport fluidité est envoyé quotidiennement.
- Les rôles et responsabilités des différents acteurs impliqués ont été analysés.
- Un plan de contingence en cas de surcapacité avec chaîne de commandement a été établi en décembre 2022.
- Un projet pilote pour les infirmières gestionnaires de cas au 6 sud est en cours. Ce projet pilote comprend 3 infirmières de liaison et une gestionnaire de cas.
- Le Prisma-7 a été intégré dans MedUrg et son utilisation a été déployée pour assurer le repérage systématique de la clientèle vulnérable.
- Afin d'assurer la sécurité de la clientèle SAPA, le projet DHD a été mis en place et un intervenant SAD intra hospitalier est présent à l'urgence et sur l'unité de soins 5 jours par semaine.
- L'équipe MDT (équipe interdisciplinaire gériatrique dédiée) a été mise en place en novembre 2023 et un intervenant réseau a été rajouté.

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

## LE NOMBRE DE MISES SOUS GARDE SELON LA MISSION

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

	CH	CHSLD	Total établissement
<b>Nombre de mises sous garde préventive appliquées</b>	1 202	0	1 202
<b>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</b>	555	0	555
<b>Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées</b>	497	0	497
<b>Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l’article 30 du Code civil présentées au tribunal par l’établissement</b>	804	1	805
<b>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)</b>	736	1	737

# L'EXAMEN DES PLAINTES ET LA PROMOTION DES DROITS

## COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Le rapport complet de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services se retrouve au : [www.ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca/notre-ciusss/publications/rapports-et-bilans/](http://www.ciusss-ouestmtl.gouv.qc.ca/notre-ciusss/publications/rapports-et-bilans/).

## PROMOTION DU RÉGIME D'EXAMEN DES PLAINTES

### Faits marquants :

- Notre bureau a participé aux journées des partenaires pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées qui ont eu lieu les 14 et 15 novembre 2023 à Québec;
- Dans le cadre des activités de promotion de la campagne de visibilité, l'équipe du commissariat a connu un franc succès grâce aux kiosques d'information installés à l'Hôpital général du Lakeshore et à l'Hôpital de LaSalle. Cette activité de promotion a permis un dialogue pertinent et informatif avec les usagers et les divers professionnels de l'organisation;
- La page web du commissariat a été simplifiée pour une expérience améliorée lors de la navigation et de la consultation de documents. Un formulaire de plainte en ligne a aussi été mis à la disposition des usagers et de leur famille;
- En juin 2023, une activité de « team building » a été réalisée au Camp Weredale afin de permettre aux membres du personnel du commissariat de prendre part à des activités de partage des connaissances, de développement des compétences et d'assurer le bien-être au travail;
- Un projet de co-construction du régime d'examen des plaintes a été initié en partenariat avec les Premières Nations et Inuits et divers acteurs-clés en vue d'adapter le régime d'examen des plaintes et ainsi favoriser l'accès au mécanisme de plaintes et améliorer leur sentiment de satisfaction.

## L'INFORMATION ET LA CONSULTATION DE LA POPULATION

Le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS ODIM) est responsable d'informer les citoyens sur son territoire des soins et services offerts en temps réel. À cet égard, la Direction des communications, des relations publiques et des affaires juridiques déploie des initiatives à travers différents outils tout au long de l'année.

Le dernier exercice financier s'est déroulé sous le thème de l'optimisation et de l'amélioration continue, afin de toujours mieux répondre aux besoins de la population ainsi que des employés. Pour le site web du CIUSSS, l'optimisation a passé avant tout par une revue de sa page d'accueil, soit l'une des pages les plus consultées du site. Elle a effectivement été bonifiée avec 3 nouveaux raccourcis, pour faciliter l'accès aux soins et services des usagers n'ayant pas de médecins de famille. Du contenu y a aussi été intégré en réponse aux efforts de désengorgement des urgences des centres hospitaliers.

Les sections principales du site ont également été optimisées. En bref :

- Les fiches d'installations (section « Installations ») ont été adaptées afin de comporter toujours plus d'informations pratico-pratiques, telles que des indications sur le port du masque;
- La section « Usagers et visiteurs » comporte également plus d'informations pour les nouveaux arrivants et des informations pratiques pour obtenir les services au sein du réseau de santé, dont l'accès au dossier client, des informations sur l'obtention de la carte d'assurance maladie et l'admission;
- La section « Services spécialisés » (dans la section « Soins et services ») a été complétée, permettant ainsi d'obtenir toutes les informations générales sur les services offerts sur notre territoire;
- La section « Carrières » a été harmonisée avec la nouvelle plateforme d'affichage de poste Atlas, mise en place par la Direction des ressources humaines.

La dernière année fut aussi l'occasion d'obtenir des données probantes sur l'achalandage du site web, à la suite de la mise en ligne de sa nouvelle mouture le 22 décembre 2022. Entre le 1<sup>er</sup> avril 2023 et le 31 mars 2024, le site web a bénéficié de 3 166 832 visites, provenant de 646 269 utilisateurs. Avec un retour à la normale post-pandémique, 2023-2024 aura permis de réajuster l'information liée aux soins et services liés à la COVID-19 pour mettre l'emphase sur des soins et services répondant davantage à la réalité d'aujourd'hui.

À titre d'outil de communication pour notre organisation, le site web a permis de diffuser les dernières nouvelles concernant nos soins et services, l'actualité au sein de notre établissement, les campagnes ministérielles ainsi que les avancements de nos différents projets organisationnels. Les alternatives à l'urgence, les avancements des chantiers de nos nouvelles infrastructures, la consolidation des Points de services locaux sur notre territoire, de leur offre de service ainsi que la vaccination contre les virus respiratoires ont entre autres fait l'objet de campagnes sur la plateforme.

Finalement, 2023-2024 aura servi à la planification des prochains projets pour nos plateformes numériques. Un appel d'offres a été publié pour la refonte du site web de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Le projet prendra forme lors de la prochaine année financière.

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

- Informer rapidement la population sur des situations de crise ;
- Renseigner les citoyens sur les multiples services offerts par ses différentes installations ;
- Faire connaître les accomplissements des équipes et les opportunités d'emploi au sein de notre établissement;
- Promouvoir la santé et partager des conseils santé ;
- Interagir avec la communauté et répondre aux préoccupations des citoyens.

Fait intéressant : Au total, plus de 653 publications ont été diffusées sur nos différents comptes.

Voici un aperçu de nos activités sur les médias sociaux :

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

- 371 nouveaux abonnés cette année, pour un total de 14 943
- 51 000 visites sur la page
- 462 810 comptes rejoints
- 322 publications

#### Instagram (ciusss.ouest.mtl)

- 397 nouveaux abonnés pour un total de 1253 abonnés
- 2 600 visites uniques de profil
- 15 594 comptes rejoints
- 93 publications

À noter : Il n'est plus possible de faire de la publicité via Meta (Facebook et Instagram) depuis juillet 2023, ce qui a un impact considérable sur notre portée.

#### Twitter (ciusss\_ouestmtl)

- Perte de 68 abonnés\*, pour un total de 5 650
- 33 publications
- 10 769 impressions

\*À noter : les modifications de gestion et de fonctionnalités sur la plateforme ont pu influencer le nombre d'abonnés au cours de la dernière année.

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

- 4 786 nouveaux abonnés cette année, pour un total de 24 852\*
- 14 002 visiteurs uniques
- 34 993 vues de la page
- 203 publications

\*À noter : LinkedIn a procédé à un ménage des comptes inactifs, ce qui a occasionné une perte d'environ 500 abonnés sur notre compte.

#### YouTube (ciusssouestmtl)

- 179 nouveaux abonnés cette année, pour un total de 14 094
- 4 156 heures de visionnement
- 54 800 visionnements
- 23 vidéos publiés

À noter : Nous avons pris possession de l'ancien compte de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas au mois de novembre 2023. Les données ont été recueillies à partir de cette date.

Le CIUSSS diffuse également des messages sur ses 69 écrans dynamiques, répartis dans 19 de nos installations. Ces outils de diffusion constituent un canal d'information important pour la clientèle que la population.

Encore une fois cette année, la ligne téléphonique et l'adresse courriel *info-CIUSSS*, auront permis à notre établissement de répondre directement aux questions de la population et de les guider à travers nos services et nos installations. Les téléphonistes d'*info-CIUSSS* soutiennent entre autres les usagers dans le processus de prise de rendez-vous sur la plateforme *Clic santé*. Au cours de la dernière année financière, la *ligne info-CIUSSS* (514 630-2123) aura permis de traiter pas moins de 25 944 appels et l'adresse courriel ([informations.comtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:informations.comtl@ssss.gouv.qc.ca)), 1 375 demandes.

La population est également invitée à venir entendre les présentations des membres du conseil d'administration et à poser des questions lors des séances ordinaires du conseil. Cette invitation est faite au moyen d'avis publics publiés au moins 15 jours avant la date de la séance ordinaire. Cette année, la Séance publique annuelle d'information s'est déroulée sous le thème "Votre santé : Notre Mission". Cette rencontre fut une opportunité unique de partager un rapport détaillé sur nos activités de la dernière année et de discuter de nos priorités pour l'année à venir. Plus de 115 personnes ont participé en présentiel ou en virtuel à l'événement du 16 novembre 2023.

Finalement, le président du conseil d'administration et le président directeur général du CIUSSS ont participé à plusieurs rencontres avec les partenaires et les élus. Celles-ci ont permis de mieux informer la population sur les services à la population de notre territoire, et de recueillir les préoccupations. Cette alliance étroite des forces et des réseaux a permis d'en faire encore davantage pour les communautés. La communication est une priorité pour l'organisation.

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

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

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

### L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie (1<sup>er</sup> avril 2023 au 31 mars 2024)

Activité	Information demandée	Nombre
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	1 803
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	6
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	144
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées * 8 demandes provenant de 2022-2023	85*
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs  ** 1 demande provenant de 2022-2023 et 1 demande provenant de 2021-2022	--70-- <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 demandes dont l'utilisateur est devenu inapte en cours de processus;</li> <li>• 15 demandes ne satisfaisant pas à la condition de l'article 26.6 de la Loi;</li> <li>• 12 demandes dont l'utilisateur est décédé avant la fin du cheminement;</li> <li>• 12 demandes retirées par l'utilisateur;</li> <li>• 5 demandes dont l'utilisateur a été transféré vers un autre établissement;</li> <li>• 24** demandes ont été reçues (acceptées ou en attendant d'évaluation) mais non administrées à ce jour.</li> </ul>

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

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

## SECTION 8 – LES RESSOURCES FINANCIÈRES

### L'UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

#### DÉPENSES PAR PROGRAMMES – SERVICES

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variations des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	\$	%
<b>Programmes-services</b>						
Santé publique	47 909 437	3,61 %	18 697 730	1,32 %	(29 211 707)	-60,97 %
Services généraux - activités cliniques et d'aide	40 897 647	3,08 %	47 562 279	3,36 %	6 664 632	16,29 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées – Volet hébergement	207 974 807	15,68 %	206 914 335	14,61 %	(1 060 472)	-0,51 %
Soutien à l'autonomie des personnes âgées – Volet soutien à domicile et autres	68 151 341	5,14 %	73 233 849	5,17 %	5 082 508	7,46 %
Déficience physique	12 427 439	0,94 %	13 628 038	0,96 %	1 200 599	9,66 %
Déficience intellectuelle et TSA	72 475 218	5,46 %	86 092 024	6,08 %	13 616 806	18,79 %
Jeunes en difficultés	104 279 703	7,86 %	115 066 301	8,12 %	10 786 598	10,34 %
Dépendances	338 264	0,03 %	313 639	0,02 %	(24 625)	-7,28 %
Santé mentale	135 397 602	10,21 %	152 259 656	10,75 %	16 862 054	12,45 %
Santé physique	321 763 902	24,26 %	358 828 424	25,33 %	37 064 522	11,52 %
<b>Programmes-soutien</b>						
Administration	111 007 951	8,37 %	122 678 603	8,66 %	11 670 652	10,51 %
Soutien aux services	106 339 891	8,02 %	117 227 639	8,28 %	10 887 748	10,24 %
Gestion des bâtiments et des équipements	97 285 297	7,34 %	104 005 382	7,34 %	6 720 085	6,91 %
<b>Total</b>	<b>1 326 248 499</b>	<b>100 %</b>	<b>1 416 507 899</b>	<b>100 %</b>	<b>90 259 400</b>	<b>6,81 %</b>

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

## L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

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

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice terminé le 31 mars 2024, l'Établissement a réalisé un déficit de 80 400 872 \$.

Par conséquent, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

Le déficit de 79 739 536 \$ pour le fonds d'exploitation s'explique principalement par les éléments suivants : la croissance et l'accentuation des besoins liés aux activités de soutien à domicile, l'augmentation des coûts liés à la main-d'œuvre indépendante, l'augmentation du coût des emprunts, les coûts inhérents à l'inflation, l'augmentation des mauvaises créances attribuables à la croissance du nombre de patients nouveaux arrivants non couverts par une assurance maladie et les coûts des activités liées à l'amélioration de la fluidité hospitalière.

Le déficit de 661 336 \$ au fonds d'immobilisation de l'exercice s'explique principalement par les projets financés par le solde du fonds d'immobilisations.

## LES CONTRATS DE SERVICE

**Contrats de service, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1<sup>er</sup> avril 2023 et le 31 mars 2024**

	Nombre	Valeur
<b>Contrats de service avec une personne physique<sup>1</sup></b>	25	2 900 628,00 \$
<b>Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique<sup>2</sup></b>	141	78 287 145,86 \$
<b>Total des contrats de service</b>	166	81 187 773,80 \$

<sup>1</sup> Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

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

## SECTION 9 – LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

---

La direction des ressources informationnelles (RI) a entrepris en 2023-2024 le virage de la santé numérique avec la nomination du D<sup>r</sup> Stephen Rosenthal comme directeur. Si bien que la direction couvre dorénavant la santé numérique, les ressources informationnelles et le génie biomédical. L'orientation de la direction est résolument axée sur les besoins de la population en offrant aux cliniciens et aux médecins une modernisation technologique tant d'un point de vue des infrastructures, des systèmes d'information que des équipements médicaux.

L'année 2023-2024 a vu se concrétiser des projets innovants tout en se positionnant sur la modernisation des infrastructures technologiques et des équipements médicaux. Plus de 8,7 millions de dollars ont été investis dans les RI et pas moins de 18 millions de dollars ont servis à l'acquisition de nouveaux équipements médicaux.

Dan Gabay, notre président-directeur général croit fermement à l'utilisation des technologies de l'information pour améliorer la qualité des services et des soins de santé. Il a orienté les directions vers une culture des données dans toute l'organisation par le biais du développement de tableaux de bord. Nous avons participé au déploiement technologique de cinq (5) centres de commandement et de coordination dans les principaux sites de l'organisation. Ces centres permettent d'apprécier en temps réel l'état de situation des activités du CIUSSS. Les travaux sur la fluidité des soins et des services offerts à la population ont grandement bénéficié de ces nouvelles pratiques.

Le secteur des RI est orienté dans la quête de l'amélioration continue de la qualité et la sécurité des patients pendant la prestation des soins. Le défi de la disponibilité du personnel clinique est omniprésent. Cette condition conduit à une offre de service qui comporte des horizons technologiques innovants. En août 2023, six (6) casques de réalité mixte ont été déployés. Les casques HoloLens portés par des cliniciennes expérimentées permettent, entre autres, d'aider à conduire une intervention à distance auprès de cliniciennes en mode d'apprentissage. En mars 2024, nous comptons plus de 300 interventions réalisées à l'aide de cette technologie de pointe. La pression sur les prestataires de soins s'en voit réduite et permet une stabilité dans l'offre de service.

Dans ce même contexte d'innovation, le projet Virtuose a permis la mise en place de « l'hôpital virtuel » permettant à certains patients de compléter leur épisode de soins à la maison en étant branchés sur des équipements de monitoring qui permettent le suivi des patients. De plus, le déploiement de l'application Stenoa a permis d'améliorer la coordination des soins, des communications et des analyses en temps réel pour soutenir les patients souffrant d'une crise cardiaque aux urgences.

Le Ministère enjoint tout le réseau de la santé à se préparer à la venue du Dossier de Santé Numérique (DSN). Des efforts considérables sont déployés pour doter le CIUSSS d'un dossier clinique informatisé (DCI) sur tous ses sites principaux. Ainsi, près d'un million de dollars ont été investis sur des travaux préparatoires en vue du déploiement du DCI. De plus, une nouvelle maison alternative à Dorval accueillera de nouveaux résidents. Dans le but de préparer l'ouverture de ce nouveau service, près de 450 000 \$ ont été investis pour offrir un système qui numérise l'ensemble des informations des résidents et permettra de faciliter le traitement et le suivi clinique par tous les intervenants cliniques. Notons que des efforts considérables sont déployés pour moderniser les équipements technologiques puisque des investissements de 5,6M \$ ont été consentis dans ce secteur améliorant ainsi l'accès à l'information et rendant plus stable les activités cliniques offertes aux patients.

La sécurité des services et des soins aux patients est au cœur des préoccupations du secteur du génie biomédical. En plus du souci constant des équipes techniques, qui offre le support et la réparation, une équipe pour la gestion de projets est également à pied d'œuvre pour moderniser les parcs d'équipements médicaux. Ces équipes supportent ainsi les équipes cliniques et médicales à rendre plus fluides les interventions auprès des patients. Plus de 5,3 millions de dollars investis dans de nombreux projets transversaux ont permis le remplacement stratégique de parc d'équipements médicaux désuets (lits d'hospitalisation, civières, réfrigérateurs de pharmacie, moniteurs de signes vitaux, appareils de volume vésical et lève-patients). De plus, un investissement de 900 000 \$ pour le remplacement des systèmes de monitoring fœtal et physiologique néonatal a contribué à l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux à l'Hôpital de LaSalle. Soulignons aussi les investissements 550 000 \$ pour le remplacement des multiples appareils d'ophtalmologie de la clinique externe du Centre hospitalier de St. Mary. Également, en amélioration continue de la qualité d'appareils diagnostiques disponibles pour l'ensemble de nos services d'imagerie médicale, la mise à jour du parc d'appareils d'ultrasons et radioscopie mobile s'est concrétisée par des investissements de 1 400 000 \$. De plus, des investissements de 550 000\$ ont été réalisés pour supporter les efforts de modernisation de nos parcs d'équipements médicaux pour la relocalisation du service d'Urgence de l'Hôpital général du Lakeshore.

La cybersécurité est un défi permanent que la direction surveille activement et avec constance. De concert avec le ministère de la cyberdéfense et du numérique (MCN), le centre opérationnel de cyberdéfense (COCD) du MSSS de même que l'équipe du Centre opérationnel de sécurité (SOC), notre direction déploie des efforts à sécuriser l'information sensible et à s'investir dans le respect des 18 mesures de sécurité minimales établies par le MCN. Plusieurs initiatives visant à conserver la confidentialité, l'intégrité et la disponibilité des informations ont été mises en place. Le déploiement de nouveaux pare-feu (100 000 \$) de même que le remplacement et le rehaussement d'infrastructures réseau (700 000 \$) a permis de se doter d'équipements modernes et sécuritaires. L'intégration de fournisseurs externes pour la surveillance 24/7 de nos pare-feu et solutions de sauvegardes nous assure une meilleure supervision des environnements critiques. Enfin, l'acquisition d'une solution de sensibilisation nous a permis d'effectuer des campagnes d'hameçonnage avec près de 6 000 utilisateurs permettant de mieux les sensibiliser et les former tout en testant leurs réflexes de sécurité. L'équipe procède aussi au balayage incessant des vulnérabilités internes et externes à notre réseau. La sécurité reste une priorité pour l'organisation et des efforts sont consentis pour que l'ensemble des employés du CIUSSS soit partie prenante des activités entourant la sécurité.

## SECTION 11 – LA DIVULGATION DES ACTES RÉPRÉHENSIBLES

Le CIUSSS offre la possibilité à tous ses employés et fournisseurs, témoins ou informés d'une situation pouvant constituer un acte répréhensible, de communiquer leurs préoccupations au CIUSSS de façon anonyme et confidentielle par le biais d'une adresse courriel unique, un numéro de téléphone sans frais et une plateforme Web. La politique sur la divulgation d'actes répréhensibles a été adoptée par le Conseil d'Administration depuis le 22 septembre 2022. Des présentations portant sur l'identification des risques de fraudes et sur la divulgation d'actes répréhensibles ont été menés au CIUSSS ODIM à travers différents comités par l'audit interne. Des dépliants et des affiches ont été distribués à travers les différents sites du CIUSSS pour aider les personnes visées à identifier les cas de fraudes et leurs donner les informations nécessaires pour divulguer tout acte répréhensible dont ils ont connaissance ou qu'ils suspectent.

Il y a eu 3 actes répréhensibles divulgués dans notre établissement en 2023-2024.

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

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

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

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

# ANNEXES - RAPPORT ANNUEL DE GESTION

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

---



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

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

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

**15 JUIN 2016**

# TABLE DES MATIÈRES

Préambule	70
Section 1 - Dispositions générales	70
Section 2 - Principes d'éthique et règles de déontologie	73
Section 3 - Conflit d'intérêts	76
Section 4 - Application	77
Annexes	81
Annexe I - Engagement et affirmation du membre	82
Annexe II - Avis de bris du statut d'indépendance	83
Annexe III - Déclaration des intérêts du membre	84
Annexe IV - Déclaration des intérêts du président-directeur général	85
Annexe V - Déclaration de conflit d'intérêts	86
Annexe VI - Signalement d'une situation de conflits d'intérêts	87
Annexe VII - Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen	88

# PRÉAMBULE

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

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

## Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### 1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

### 2. Fondement légal

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

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

### 3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Personne raisonnable** : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances<sup>1</sup>.

---

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

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

#### 4. Champ d'application

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

#### 5. Disposition finale

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

#### 6. Diffusion

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

## Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

### 7. Principes d'éthique

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

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

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

### 8. Règles de déontologie

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

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

#### 8.1 Disponibilité et compétence

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

## 8.2 Respect et loyauté

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

## 8.3 Impartialité

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

## 8.4 Transparence

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

## 8.5 Discrétion et confidentialité

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

## 8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

## 8.7 Relations publiques

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

## **8.8** Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique 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'actionariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.
13. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V.
14. Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
15. La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

## Section 4 – APPLICATION

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

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

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

### 17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

### 18. Comité d'examen *ad hoc*

- 18.1** Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen *ad hoc* composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.
- 18.2** Un membre du comité d'examen *ad hoc* ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.

- 18.3** Le comité d'examen *ad hoc* a pour fonctions de :
- a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
  - b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
  - c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.
- 18.4** La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen *ad hoc* de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.
- 18.5** Si le comité d'examen *ad hoc* ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

## 19. Processus disciplinaire

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

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

## 20. Notion d'indépendance

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

## 21. Obligations en fin du mandat

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

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

## ANNEXES - CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DE CONSEIL D'ADMINISTRATION

# ANNEXE I – ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE

## COORDONNÉES DU BUREAU D'ÉLECTION

<p>Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration du _____, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le _____.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>		
<p>En foi de quoi, j'ai _____, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du _____ et je m'engage à m'y conformer.</p>		
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<b>Signature</b>	<b>Date [aaaa-mm-jj]</b>	<b>Lieu</b>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<b>Nom du commissaire à l'assermentation</b>	<b>Signature</b>	

## ANNEXE II – AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE

### AVIS SIGNÉ

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

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

## ANNEXE III – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU MEMBRE

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

### 1. Intérêts pécuniaires

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

---

---

---

---

### 2. Titre d'administrateur

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

---

---

---

---

### 3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

**Fonction**

**Employeur**

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

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

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date [aaaa-mm-jj]**

\_\_\_\_\_  
**Lieu**

# ANNEXE IV – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

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

## 1. Intérêts pécuniaires

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

---

---

---

---

## 2. Titre d'administrateur

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

---

---

---

---

## 3. Emploi

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

## ANNEXE V – DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

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

## ANNEXE VI – SIGNALEMENT D’UNE SITUATION DE CONFLITS D’INTÉRÊTS

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

---

---

---

---

---

---

---

---

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

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

---

**Signature**

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

**Lieu**

## ANNEXE VII – AFFIRMATION DE DISCRÉTION DANS UNE ENQUÊTE D’EXAMEN

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

---

**Signature**

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

**Lieu**

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

## SIGNALEMENTS TRAITÉS DURANT L'ANNÉE

	2021-2022							2022-2023							2023-2024							
	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%	
<b>Signalements non retenus</b>	Fille	303	535	398	288	0	1 524	51,3%														
	Garçon	336	586	319	202	0	1 443	48,6%	767	1 218	794	460	0	3 239	64,4%	797	1 409	877	490	0	3 573	65,0%
	Inconnu	2	2	0	0	0	4	0,1%														
	<b>Total</b>	<b>641</b>	<b>1 123</b>	<b>717</b>	<b>490</b>	<b>0</b>	<b>2 971</b>	<b>64,0%</b>	<b>767</b>	<b>1 218</b>	<b>794</b>	<b>460</b>	<b>0</b>	<b>3 239</b>	<b>64,4%</b>	<b>797</b>	<b>1 409</b>	<b>877</b>	<b>490</b>	<b>0</b>	<b>3 573</b>	<b>65,0%</b>
<b>Signalements retenus</b>	Fille	251	324	196	79	0	850	50,8%														
	Garçon	284	362	124	53	0	823	49,2%	522	743	384	139	0	1 788	35,6%	605	783	371	165	0	1 924	35,0%
	Inconnu	1	0	0	0	0	1	0,1%														
	<b>Total</b>	<b>536</b>	<b>686</b>	<b>320</b>	<b>132</b>	<b>0</b>	<b>1 674</b>	<b>36,0%</b>	<b>522</b>	<b>743</b>	<b>384</b>	<b>139</b>	<b>0</b>	<b>1 788</b>	<b>35,6%</b>	<b>605</b>	<b>783</b>	<b>371</b>	<b>165</b>	<b>0</b>	<b>1 924</b>	<b>35,0%</b>
<b>Signalements traités</b>	Fille	554	859	594	367	0	2 374	51,1%														
	Garçon	620	948	443	255	0	2 266	48,8%	1 289	1 961	1 178	599	0	5 027	100,0%	1 402	2 192	1 248	655	0	5 497	100,0%
	Inconnu	3	2	0	0	0	5	0,1%														
	<b>Total</b>	<b>1 177</b>	<b>1 809</b>	<b>1 037</b>	<b>622</b>	<b>0</b>	<b>4 645</b>	<b>100,0%</b>	<b>1 289</b>	<b>1 961</b>	<b>1 178</b>	<b>599</b>	<b>0</b>	<b>5 027</b>	<b>100,0%</b>	<b>1 402</b>	<b>2 192</b>	<b>1 248</b>	<b>655</b>	<b>0</b>	<b>5 497</b>	<b>100,0%</b>

## PROVENANCE DES SIGNALEMENTS TRAITÉS

Signalements	2021-2022				2022-2023				2023-2024			
	Non retenu	Retenu	Total	%	Non retenu	Retenu	Total	%	Non retenu	Retenu	Total	%
<b>Milieu familial</b>												
Parent	147	65	212	4,0%	183	109	292	4,8%	161	100	261	4,2%
Fratie	42	43	85	1,6%	24	29	53	0,9%	56	46	102	1,6%
Enfant lui-même	10	7	17	0,3%	6	13	19	0,3%	8	10	18	0,3%
Conjoint du parent	0	0	0	0,0%	5	10	15	0,2%	2	0	2	0,0%
<b>Total Milieu familial</b>	<b>199</b>	<b>115</b>	<b>314</b>	<b>5,9%</b>	<b>218</b>	<b>161</b>	<b>379</b>	<b>6,2%</b>	<b>227</b>	<b>156</b>	<b>383</b>	<b>6,2%</b>
<b>Employés des différents organismes</b>												
Employé d'un CJ	0	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%
Employé d'un CSSS	0	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%	0	0	0	0,0%
Employé d'un CH ou médecin	174	127	301	5,7%	162	131	293	4,8%	141	119	260	4,2%
Employé d'un milieu de garde	18	3	21	0,4%	11	9	20	0,3%	18	13	31	0,5%
Employé d'un organisme	513	342	855	16,1%	484	368	852	14,1%	469	417	886	14,2%
Famille d'accueil	6	8	14	0,3%	6	0	6	0,1%	4	0	4	0,1%
Autres professionnels	35	13	48	0,9%	41	17	58	1,0%	56	22	78	1,3%
Source inconnue												
Employé d'un CI	253	226	479	9,0%	347	319	666	11,0%	286	274	560	9,0%
<b>Total Employés des différents organismes</b>	<b>999</b>	<b>719</b>	<b>1 718</b>	<b>32,4%</b>	<b>1 051</b>	<b>844</b>	<b>1 895</b>	<b>31,3%</b>	<b>974</b>	<b>845</b>	<b>1 819</b>	<b>29,2%</b>
<b>Milieu scolaire</b>	<b>819</b>	<b>440</b>	<b>1 259</b>	<b>23,7%</b>	<b>925</b>	<b>493</b>	<b>1 418</b>	<b>23,4%</b>	<b>949</b>	<b>497</b>	<b>1 446</b>	<b>23,2%</b>
<b>Milieu policier</b>	<b>1 116</b>	<b>582</b>	<b>1 698</b>	<b>32,0%</b>	<b>1 345</b>	<b>674</b>	<b>2 019</b>	<b>33,3%</b>	<b>1 627</b>	<b>695</b>	<b>2 322</b>	<b>37,3%</b>
<b>Communauté</b>												
Voisins	163	111	274	5,2%	190	111	301	5,0%	156	55	211	3,4%
Autres personnes	28	14	42	0,8%	39	13	52	0,9%	28	16	44	0,7%
<b>Total Communauté</b>	<b>191</b>	<b>125</b>	<b>316</b>	<b>6,0%</b>	<b>229</b>	<b>124</b>	<b>353</b>	<b>5,8%</b>	<b>184</b>	<b>71</b>	<b>255</b>	<b>4,1%</b>
<b>Total</b>	<b>3 324</b>	<b>1 981</b>	<b>5 305</b>	<b>100,0%</b>	<b>3 768</b>	<b>2 296</b>	<b>6 064</b>	<b>100,0%</b>	<b>3 961</b>	<b>2 264</b>	<b>6 225</b>	<b>100,0%</b>

## SIGNALEMENTS RETENUS PAR PROBLÉMATIQUE

Problématiques	2021-2022						2022-2023						2023-2024						
	0-5	6-12	13-15	16-17	Total	%	0-5	6-12	13-15	16-17	Total	%	0-5	6-12	13-15	16-17	Total	%	
Abandon	File			1	1	100,0%	2	3	1	2	8	0,45%	2				2	0,10%	
	Garçon																		
<b>Total Abandon</b>				<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0,1%</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>0,45%</b>	<b>2</b>				<b>2</b>	<b>0,10%</b>	
Abus physique	File	19	77	40	11	147	51,0%	57	171	50	18	296	16,55%	55	161	44	18	278	14,45%
	Garçon	39	79	17	6	141	49,0%												
<b>Total Abus physique</b>		<b>58</b>	<b>156</b>	<b>57</b>	<b>17</b>	<b>288</b>	<b>17,2%</b>	<b>57</b>	<b>171</b>	<b>50</b>	<b>18</b>	<b>296</b>	<b>16,55%</b>	<b>55</b>	<b>161</b>	<b>44</b>	<b>18</b>	<b>278</b>	<b>14,45%</b>
Risque sérieux d'abus physique	File	16	12	3		31	50,8%	24	33	13	3	73	4,08%	41	36	10	4	91	4,73%
	Garçon	11	17		2	30	49,2%												
<b>Total Risque sérieux d'abus physique</b>		<b>27</b>	<b>29</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>61</b>	<b>3,6%</b>	<b>24</b>	<b>33</b>	<b>13</b>	<b>3</b>	<b>73</b>	<b>4,08%</b>	<b>41</b>	<b>36</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>91</b>	<b>4,73%</b>
Abus sexuel	File	6	32	26	21	85	84,2%	8	30	39	13	90	5,03%	12	29	27	15	83	4,31%
	Garçon	4	7	5		16	15,8%												
<b>Total Abus sexuel</b>		<b>10</b>	<b>39</b>	<b>31</b>	<b>21</b>	<b>101</b>	<b>6,0%</b>	<b>8</b>	<b>30</b>	<b>39</b>	<b>13</b>	<b>90</b>	<b>5,03%</b>	<b>12</b>	<b>29</b>	<b>27</b>	<b>15</b>	<b>83</b>	<b>4,31%</b>
Risque sérieux d'abus sexuel	File	13	17	17	2	49	58,3%												
	Garçon	10	15	7	2	34	40,5%	30	37	19	1	87	4,87%	28	26	13	6	73	3,79%
	Inconnu	1				1	1,2%												
<b>Total Risque sérieux d'abus sexuel</b>		<b>24</b>	<b>32</b>	<b>24</b>	<b>4</b>	<b>84</b>	<b>5,0%</b>	<b>30</b>	<b>37</b>	<b>19</b>	<b>1</b>	<b>87</b>	<b>4,87%</b>	<b>28</b>	<b>26</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>73</b>	<b>3,79%</b>
Exposition violence conjugale	File												141	105	35	15	296	15,38%	
	Garçon																		
<b>Total Exposition violence conjugale</b>													<b>141</b>	<b>105</b>	<b>35</b>	<b>15</b>	<b>296</b>	<b>15,38%</b>	
Mauvais traitements psychologiques	File	96	72	32	16	216	46,8%	206	215	58	31	510	28,52%	83	118	34	25	260	13,51%
	Garçon	103	101	31	11	246	53,2%												
<b>Total Mauvais traitements psychologiques</b>		<b>199</b>	<b>173</b>	<b>63</b>	<b>27</b>	<b>462</b>	<b>27,6%</b>	<b>206</b>	<b>215</b>	<b>58</b>	<b>31</b>	<b>510</b>	<b>28,52%</b>	<b>83</b>	<b>118</b>	<b>34</b>	<b>25</b>	<b>260</b>	<b>13,51%</b>
Négligence	File	36	48	19	7	110	46,6%	54	140	67	9	270	15,10%	90	153	67	20	330	17,15%
	Garçon	45	57	18	6	126	53,4%												
<b>Total Négligence</b>		<b>81</b>	<b>105</b>	<b>37</b>	<b>13</b>	<b>236</b>	<b>14,1%</b>	<b>54</b>	<b>140</b>	<b>67</b>	<b>9</b>	<b>270</b>	<b>15,10%</b>	<b>90</b>	<b>153</b>	<b>67</b>	<b>20</b>	<b>330</b>	<b>17,15%</b>
Risque sérieux de négligence	File	65	61	31	7	164	51,3%	140	80	34	10	264	14,77%	149	118	38	14	319	16,58%
	Garçon	72	61	15	8	156	48,8%												
<b>Total Risque sérieux de négligence</b>		<b>137</b>	<b>122</b>	<b>46</b>	<b>15</b>	<b>320</b>	<b>19,1%</b>	<b>140</b>	<b>80</b>	<b>34</b>	<b>10</b>	<b>264</b>	<b>14,77%</b>	<b>149</b>	<b>118</b>	<b>38</b>	<b>14</b>	<b>319</b>	<b>16,58%</b>
Troubles de comportement sérieux	File		5	28	14	47	38,8%	1	34	103	52	190	10,63%		34	99	47	180	9,36%
	Garçon		25	31	18	74	61,2%												
<b>Total Troubles de comportement sérieux</b>			<b>30</b>	<b>59</b>	<b>32</b>	<b>121</b>	<b>7,2%</b>	<b>1</b>	<b>34</b>	<b>103</b>	<b>52</b>	<b>190</b>	<b>10,63%</b>		<b>34</b>	<b>99</b>	<b>47</b>	<b>180</b>	<b>9,36%</b>
Absente	File												4	3	4	1	12	0,62%	
	Garçon																		
<b>Total Risque sérieux de négligence</b>													<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>0,62%</b>	
<b>Total</b>	File	251	324	196	79	850	50,8%												
	Garçon	284	362	124	53	823	49,2%	522	743	384	139	1 788	100,00%	605	783	371	165	1 924	100,00%
	Inconnu	1				1	0,1%												
<b>TOTAL</b>		<b>536</b>	<b>686</b>	<b>320</b>	<b>132</b>	<b>1 674</b>	<b>100%</b>	<b>522</b>	<b>743</b>	<b>384</b>	<b>139</b>	<b>1 788</b>	<b>100%</b>	<b>605</b>	<b>783</b>	<b>371</b>	<b>165</b>	<b>1 924</b>	<b>100%</b>

## MILIEU DE VIE DES ENFANTS DONT LA SITUATION EST PRISE EN CHARGE PAR LE DPJ

Milieux de vie	Au 31 mars 2024						
	0-5	6-12	13-15	16-17	Inconnu	Total	%
Suivi dans le milieu familial	148	231	100	63	0	542	44,0%
Confié à un tiers significatif	53	72	32	27	0	184	14,9%
Ressource type familial	108	167	55	39	0	369	29,9%
CR et RI	0	28	51	59	0	138	11,2%
Autres ressources	0	0	0	0	0	0	0,0%
Indéterminés	0	0	0	0	0	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>309</b>	<b>498</b>	<b>238</b>	<b>188</b>	<b>0</b>	<b>1 233</b>	<b>100,0%</b>

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

	2021-2022							2022-2023							2023-2024						
	12-13	14-15	16-17	18 et +	Total	%	12-13	14-15	16-17	18 et +	Total	%	12-13	14-15	16-17	18 et +	Total	%			
Filles	1	3	4	3	11	15%	2	9	8	2	21	21%	0	8	22	9	39	31%			
Garçons	8	24	21	9	62	85%	5	16	36	20	77	79%	5	22	44	16	87	69%			
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>27</b>	<b>25</b>	<b>12</b>	<b>73</b>	<b>100%</b>	<b>7</b>	<b>25</b>	<b>44</b>	<b>22</b>	<b>98</b>	<b>100%</b>	<b>5</b>	<b>30</b>	<b>66</b>	<b>25</b>	<b>126</b>	<b>100%</b>			

## RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2023-2024

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal  
2400, boulevard des Sources  
Pointe-Claire (Québec)  
H9R 0E9

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

Québec 