



Rapport annuel de gestion

2022–2023

CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

POUR
UN MONDE
EN SAN+É

ciusssnordmtl.ca

Québec 

Rapport annuel de gestion 2022-2023

Production de la Direction adjointe des communications et des relations avec les médias

555, boulevard Gouin Ouest
Montréal (Québec) H3L 1K5
ciusssnordmtl.ca

Notes

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Ce document est disponible en ligne, sur le site Web de l'établissement.

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal, 2023
Tous droits réservés

Dépôt légal

ISBN **978-2-550-94788-2** (version imprimée)

ISBN **978-2-550-94787-5** (version PDF)

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023

TABLE DES MATIÈRES

1. Message des autorités	2
2. Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents	4
3. La présentation de l'établissement et les faits saillants	5
4. Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité	21
5. Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité.....	44
6. L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie.....	67
7. Les ressources humaines	69
8. Les ressources financières	71
9. Les ressources technologiques et informationnelles.....	74
10. État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant.....	76
11. La divulgation des actes répréhensibles	78

Annexe 1 : Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

1. Message des autorités

L'appel au sens de l'innovation de nos équipes et une offre de service de proximité a fortement teinté notre exercice 2022-2023. Avec la pleine reprise de nos activités courantes cette année et les défis que ce retour à la normale représente, nous avons choisi de nous engager à titre de site pilote, conjointement avec le CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, dans l'initiative ministérielle visant la transformation numérique de tout le réseau de la santé et des services sociaux : le Dossier santé numérique (DSN).

Cette orientation a exigé un recentrage de nos priorités organisationnelles et l'engagement de tous vers ce projet ambitieux de modernisation du réseau, pour le bénéfice de la population et l'efficacité des équipes.

Cette année marquait aussi les 50 ans d'affiliation à l'Université de Montréal (UdeM) des hôpitaux Sacré-Cœur-de-Montréal (HSCM) et Albert-Prévost (HSMAP). Rendant encore plus concret l'esprit novateur qui anime notre établissement, cet important jalon met en lumière les expertises de nos intervenants dans les quatre volets de notre mission universitaire, soit en soins et services, en enseignement, en recherche et en évaluation des technologies et des modes d'intervention. Notre affiliation universitaire rejaillit aujourd'hui positivement sur l'ensemble de notre CIUSSS et s'incarne au sein de toutes nos installations.

L'engagement de nos cliniciens rayonnera hors de nos murs cette année alors que nous accueillons depuis quelques mois l'équipe de tournage 24/7. Cette nouvelle saison de la populaire série montrera le travail quotidien, ainsi que les défis que nos médecins et notre personnel clinique dans des secteurs de soins aigus ou spécialisés de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal relèvent chaque jour.

Améliorer nos façons de faire, constamment

Au terme d'un premier cycle de cinq ans qui se terminera en juin 2023, nous entamerons dans la prochaine année un nouveau cycle de visites d'Agrément Canada. L'excellente note de conformité que nous avons obtenue dans les différents secteurs cliniques et au sein de l'équipe de gestion stimule la créativité de notre personnel et témoigne de l'engagement de tous afin d'offrir à nos usagers les meilleurs soins et services. Et nous en sommes très fiers.

Cette culture de la qualité et de l'innovation s'exprime aussi dans notre volonté d'offrir des soins et des services de proximité avec notre communauté, qui évoluent grâce à la contribution de chacun. C'est ainsi que nous avons pu développer des projets porteurs cette année pour l'accessibilité, tel que le Guichet d'accès à la première ligne (GAP), qui permet d'orienter les personnes sans médecin de famille résidant sur notre territoire vers le service professionnel ou médical répondant le mieux à leurs besoins. Une collaboration spécifique a été instaurée avec les pharmacies communautaires pour faciliter l'orientation des usagers vers le GAP.

L'expérience et le savoir de nos usagers sont aussi au cœur de cette collaboration. La situation sanitaire le permettant à nouveau, nous entendons mettre de l'avant notre programme d'usagers partenaires afin de profiter pleinement de leur expertise et de leur vécu dans chacune des sphères cliniques et administratives de notre CIUSSS, lors du déploiement de nouvelles initiatives.

Innover pour servir la communauté

La pandémie nous aura assurément appris l'importance d'avoir accès à la technologie et à la mettre à niveau pour permettre à nos équipes de donner les meilleurs soins et services à la population de notre territoire. La téléconsultation a ainsi pris son envol et continue de se développer dans nos secteurs cliniques, notamment en santé mentale, aux soins à domicile et en hébergement. L'arrivée prochaine du DSN nous a aussi permis de prioriser une série de mises à niveaux technologiques essentielles pour accroître l'accès aux données cliniques et améliorer les trajectoires et la qualité des soins et services de nos usagers au sein de nos divers secteurs.

Moderniser nos installations pour une meilleure expérience de soins

Au-delà de la modernisation technologique, poursuivre la mise à niveau de nos installations est essentielle pour donner accès à nos usagers à un milieu de soins confortable et apaisant. Nous avons inauguré, en octobre 2022, la Maison de naissance Marie-Paule Lanthier offrant des suivis de maternité complets par des sages-femmes. D'autres projets de construction sont en cours de réalisation tels que la Maison alternative et le projet Aire ouverte Montréal-Nord dont l'ouverture est prévue pour l'automne 2023. Nous amorçons des travaux de modernisation du service de médecine nucléaire de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal. Un nouvel appareil pour effectuer des examens TEP-CT (tomographie par émission de positrons) y sera installé afin de donner accès à un plus vaste éventail de services diagnostiques et de meilleurs plans de traitement pour les usagers. Un autre projet d'envergure est en préparation, celui de la modernisation de l'urgence de l'Hôpital Fleury, qui offrira au personnel soignant et aux usagers un environnement de soins conforme aux normes actuelles.

Soutenir nos équipes

Dans le contexte de pénurie de main-d'œuvre, assurer la stabilité du personnel et demeurer un milieu de travail attractif restent au cœur de nos priorités. Des efforts continus, faisant appel à la créativité de nos équipes, sont déployés tout au long de l'année pour assurer la qualité de l'expérience employé, poursuivre le recrutement et attirer de nouveaux talents, tant au niveau local qu'international.

Nous remercions chaleureusement nos employés, médecins, sages-femmes, gestionnaires, stagiaires, chercheurs et bénévoles pour leur mobilisation dans la réalisation de nos missions et leur dévouement auprès de la population de notre territoire afin de leur donner accès aux meilleurs soins et services en santé.

Nous tenons aussi à remercier nos fondations pour tout le travail accompli et leurs précieuses contributions, pour moderniser nos équipements et nos installations, soutenir la vision clinique de notre CIUSSS et accroître les services de proximité. Nous remercions également les membres du conseil d'administration pour leur vigilance et leur soutien afin que nous puissions concrétiser notre vision.

La présidente-directrice générale intérimaire,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Boucher', with a large, sweeping flourish at the end.

Julie Boucher

La présidente du conseil d'administration,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Lucy Rodrigues', with a large, sweeping flourish at the end.

Lucy Rodrigues

2. Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

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

Tout au long de l'exercice, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus de manière à assurer la réalisation des objectifs à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec le ministre de la Santé et des Services sociaux. Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice financier 2022-2023 du CIUSSS du Nord-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'ils correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2023.

La présidente-directrice générale intérimaire,

A handwritten signature in black ink that reads "Boucher". The signature is written in a cursive style with a large, looping initial 'B'.

Julie Boucher

3. La présentation de l'établissement et les faits saillants

3.1. L'établissement

Mission

Pour assurer une véritable intégration des services offerts à la population, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS NIM) :

- est au cœur d'un réseau territorial de services (RTS);
- a la responsabilité d'assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire sociosanitaire, ce qui inclut le volet santé publique;
- assume une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire sociosanitaire;
- veille à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire dans le cadre de ses multiples missions (CH, CLSC, CHSLD) et ce, en fonction des besoins de sa population et de ses réalités territoriales;
- 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.);
- assume des responsabilités de desserte d'une partie de l'ouest et du nord du Québec pour des services spécialisés et surspécialisés.

Valeurs

- Respect
- Professionnalisme
- Collaboration

Priorités organisationnelles

Ensemble, fiers et passionnés, innovons pour créer un monde en santé. C'est la vision que nous nous sommes donnée. Pour la concrétiser, nous avons revu cette année nos quatre grandes priorités organisationnelles :

- Talents;
- Excellence opérationnelle;
- Connaissance de la clientèle;
- Efficience.

Mandat universitaire

Le CIUSSS NIM est affilié à l'Université de Montréal. Important partenaire de cette université dans la formation des médecins et des professionnels de la santé, le CIUSSS concentre ses activités de recherche sur trois principaux pôles : la recherche biomédicale, la recherche sociale et la recherche en santé mentale chez les enfants et les adolescents.

Mandats suprarégionaux

- Traumatologie (nord et ouest du Québec)
- Centre d'expertise pour les blessés médullaires de l'Ouest du Québec
- Centre d'expertise en traumatismes crâniens légers (territoire de traumatologie de l'île de Montréal et Laval)
- Centre provincial pour la clientèle tétraplégique ventilo-assistée
- Médecine hyperbare (ouest du Québec)
- Maladie génétique rénale (tout le Québec)
- Centre d'angioplastie primaire et de sauvetage, dans les cas d'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (Laurentides, Laval Ouest et territoire du CIUSSS NIM)
- Centre secondaire dans le cadre du continuum de services pour personnes à risque de subir ou ayant subi un accident vasculaire cérébral (une partie de Laval, l'Hôpital général du Lakeshore et le territoire du CIUSSS NIM)
- Équipe suprarégionale (niveau 3) en cancer du poumon
- Pédopsychiatrie (Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal)

Ressources en santé et services sociaux

Le CIUSSS NIM compte 29 installations offrant des soins et services à la population ainsi qu'un centre administratif, soit :

Quatre hôpitaux et un centre multiservices

- Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal
- Hôpital Fleury
- Hôpital Jean-Talon
- Hôpital en santé mentale Albert-Prévost
- Centre multiservices de santé et de services sociaux Rivière-des-Prairies

Dix centres d'hébergement de longue durée (CHSLD)

- Centre d'hébergement Notre-Dame-de-la-Merci
- CHSLD Auclair
- CHSLD de Cartierville
- CHSLD de La Petite-Patrie
- CHSLD de Saint-Laurent
- CHSLD Laurendeau
- CHSLD Légaré
- CHSLD Paul-Gouin
- CHSLD Paul-Lizotte
- CHSLD Saint-Joseph-de-la-Providence

Six CLSC

- CLSC d'Ahuntsic
- CLSC de Bordeaux-Cartierville
- CLSC de La Petite-Patrie
- CLSC de Montréal-Nord
- CLSC de Saint-Laurent
- CLSC de Villeray

Six centres ambulatoires

- Centre de services ambulatoires en gériopsychiatrie Grenet
- Centre de services ambulatoires en santé mentale Papineau
- Centre de services ambulatoires en santé mentale Fleury
- Centre de services ambulatoires Bois-de-Boulogne
- Aire ouverte Sauriol
- Centre de services ambulatoires et maison de naissance Louvain

Une installation de soins palliatifs

- Soins palliatifs Gracia

Un centre administratif

- Pavillon Dorion

Sur le territoire du CIUSSS, on trouve également :

- 31 cliniques médicales dont 20 groupes de médecine de famille (GMF) qui comprennent :
 - 2 groupes de médecine familiale universitaire (GMF-U) assurant l'enseignement clinique ainsi qu'un GMF public en CLSC
 - 5 groupes de médecine familiale réseau (GMF-R) et 3 groupes de médecine familiale accès (GMF-A)
- 9 laboratoires d'imagerie médicale.

Territoire

Le territoire du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal s'étend sur 88 km² et se situe dans la partie nord de l'île de Montréal.

Nous desservons les secteurs montréalais suivants, certains partiellement, puisqu'ils s'étendent aussi sur le territoire d'autres CIUSSS :

- Ahuntsic;
- Bordeaux-Cartierville;
- La Petite-Patrie;
- Montréal-Nord;
- Saint-Laurent;
- Villeray.

Population

Comptant plus de 430 000 habitants, le territoire du CIUSSS NIM est le deuxième plus peuplé de la région montréalaise et représente plus du cinquième (22 %) de la population montréalaise totale. Pour son mandat suprarégional en traumatologie, le CIUSSS NIM offre ce service spécialisé à près de 2,6 millions de Québécois.

Le territoire présente également des caractéristiques socioéconomiques particulières puisque la population immigrante est la plus importante à Montréal en nombre d'individus (164 745). Les proportions d'immigrants, tant récents sur 5 ans (9 % contre 7 % pour Montréal) que totaux (40 % contre 34 % pour Montréal) sont les deuxièmes plus élevées de l'île de Montréal.

Ressources d'hébergement

Le CIUSSS NIM est responsable de plus de 2 451 lits d'hébergement publics (CHSLD), 67 lits en gériatrie et 785 places en ressources non institutionnelles.

Le territoire du CIUSSS NIM compte également plus de 9 700 lits en hébergement privé, répartis entre les CHSLD privés (environ 788 lits), les ressources intermédiaires et unités transitoires de récupération fonctionnelle (URTF) (environ 830 lits), les résidences privées pour aînés (environ 7 200 unités locatives) ainsi que les autres milieux de vie comme les organismes sans but lucratif d'habitation, les congrégations religieuses et les établissements de rééducation (environ 950 lits).

Ressources humaines

Le personnel

Le CIUSSS NIM compte au sein de son personnel au 20 mars 2023 plus de 12 700 employés, médecins, sages-femmes et bénévoles.

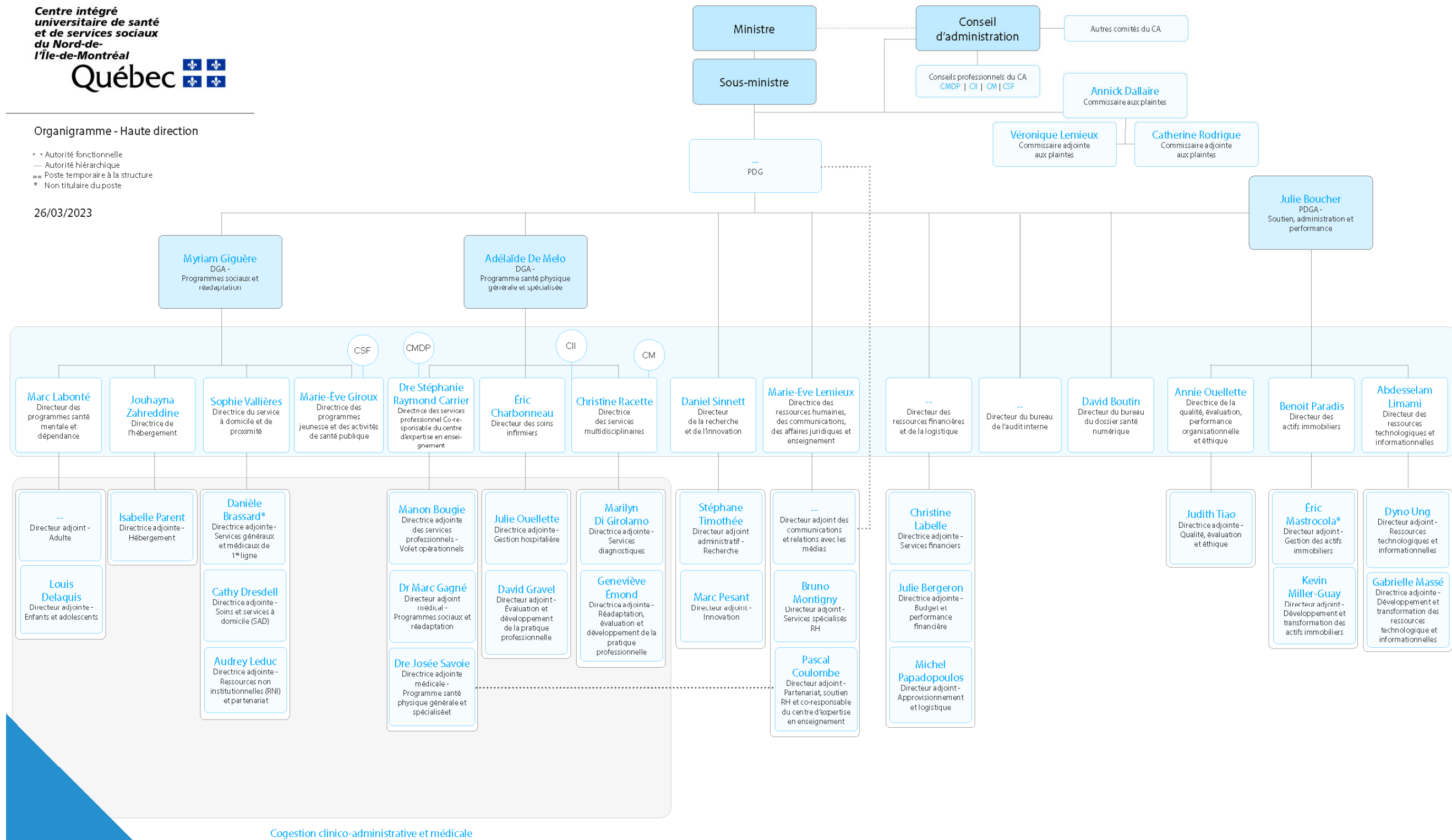
Structure organisationnelle (en date du 26 mars 2023)



Organigramme - Haute direction

- * = Autorité fonctionnelle
- Autorité hiérarchique
- Poste temporaire à la structure
- * Non titulaire du poste

26/03/2023



POUR UN MONDE EN SAN+É

3.2. Le conseil d'administration

Il n'y a pas eu de signalement d'infraction ou de questionnement éthique en regard des règles du code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration cette année. On peut consulter le code en annexe du présent rapport annuel de gestion.

Membres nommés

M. Frédéric Abergel*

Président-directeur général
Secrétaire

Mme Julie Boucher**

Présidente-directrice générale intérimaire
Secrétaire

M. Frédéric Bouchard

Université affiliée

M. Simon Dedenus

Université affiliée

Membres désignés

Dr Ronald Denis

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Mme Lyne Constantineau

Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP)

Mme Monique Prévost

Comité des usagers du centre intégré (CUCI)

Dre Rosa Maldonado Lannes

Département régional de médecine générale (DRMG)

Vacant

Comité des infirmières et infirmiers (CII)

Vacant

Conseil multidisciplinaire (CM)

Membres indépendants

Mme Marianne Le Roux

Vice-présidente

Profil : Expertise en réadaptation

M. Gladimy Telus

Profil : Protection de la jeunesse

Mme Lucie Gérin

Profil : Organisation communautaire

Mme Lucy Rodrigues

Présidente

Profil : Ressources immobilières, informationnelles ou humaines

M. Jean-Pierre Urbain

Profil : Compétence en vérification, performance ou gestion de la qualité

Membre observateur

M. Bernard Pitre

Profil : Fondations du CIUSSS

*M. Abergel a agi à titre de PDG jusqu'en janvier 2023

**Mme Boucher a agi à titre de PDG intérimaire du 6 février au 31 mars 2023

3.2.1. Les comités, les conseils et les instances consultatives

Comité de gouvernance et d'éthique

M. Jean-Pierre Urbain

Président – Membre indépendant

Mme Lucy Rodrigues

Vice-présidente – Membre indépendante et présidente du CA

Dr Ronald Denis

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

M. Frédéric Abergel*

Membre – Président-directeur général

Mme Julie Boucher**

Membre – Présidente-directrice générale intérimaire

Comité de vérification

Mme Marianne Le Roux

Présidente – Membre indépendante et présidente du CA

M. Jean-Pierre Urbain

Membre indépendant

M. Gladimy Telus

Membre indépendant

Mme Lucie Gérin

Membre indépendante

Mme Monique Prévost

Membre désignée

Mme Julie Deschênes

Directrice des ressources financières (jusqu'en décembre 2022)

Mme Julie Boucher

Présidente-directrice générale adjointe

Comité de vigilance et de la qualité

Mme Monique Prévost

Présidente – Membre désignée du CUCI

M. Jean-Pierre Urbain

Vice-président – Membre indépendant

Mme Marianne Le Roux

Membre indépendante

Mme Annick Dallaire

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

M. Frédéric Abergel*

Président-directeur général

Mme Julie Boucher**

Présidente-directrice générale intérimaire

Mme Annie Ouellette

Directrice de la qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique

Dre Claude Johnson

Médecin examinateur

Comité de révision

Mme Marianne Le Roux

Présidente – Membre indépendante

Dr Laurent Côté

Représentant du CMDP

Dr André Beaupré

Représentant du CMDP

Dr Alain Lévesque

Substitut – Représentant du CMDP

Dre Monique Desjardins

Substitut– Représentante du CMDP

*M. Abergel a agi à titre de PDG jusqu'en janvier 2023

**Mme Boucher a agi à titre de PDG intérimaire du 6 février au 31 mars 2023

Comité d'évaluation des mesures disciplinaires

M. Frédéric Abergel*

Président – Président-directeur général

Mme Julie Boucher**

Présidente-directrice générale intérimaire

Dre Rosa Maldonado Lannes

Membre désignée

Mme Lucy Rodrigues

Membre indépendante – Présidente du CA

Comité des ressources humaines

Mme Lucy Rodrigues

Présidente – Membre indépendante et présidente du CA

Mme Lucie Gérin

Vice-présidente – Membre indépendante

M. Jean-Pierre Urbain

Membre indépendant

Mme Marie-Eve Lemieux

Directrice des ressources humaines, des communications, des affaires juridiques et de l'enseignement

Mme Julie Boucher

Présidente-directrice générale adjointe

Comité de la mission académique

M. Frédéric Bouchard

Président – Membre nommé

M. Simon Dedenus

Membre nommé

M. Gladimy Telus

Membre indépendant

Mme Marie-Eve Lemieux

Directrice des ressources humaines, des communications, des affaires juridiques et de l'enseignement

Dre Stéphanie Raymond-Carrier

Directrice des services professionnels et coresponsable du Centre d'expertise en enseignement

M. Daniel Sinnett

Directeur de la recherche et de l'innovation

M. Frédéric Abergel*

Président-directeur général

Mme Julie Boucher**

Présidente-directrice générale intérimaire

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) (exécutif)

Dr Donald Eddé

Président

Dre Monique Desjardins

Première vice-présidente

Dr Nicolas Saumart-Dufour

Second vice-président

Dr Radu Pescarus

Secrétaire

Dr Tarek Khreiss

Trésorier

Mme Isabelle Boulanger

Conseillère

Dre Annie Brasseur

Conseillère

Dr Nicolas Garcia

Conseiller

Dr Mounsiif Azizi

Conseiller

Dr Rémi Kouz

Conseiller

Dre Geneviève Lavoie St-Gelais

Conseillère

Dr Ibrahim Jundi

Conseiller

*M. Abergel a agi à titre de PDG jusqu'en janvier 2023

**Mme Boucher a agi à titre de PDG intérimaire du 6 février au 31 mars 2023

Dr Alain Lévesque

Conseiller

Dre Sophie Perrier-Ferland

Conseillère

Dr Jean Sharestan

Conseiller

Dre Alexia Trottier

Conseillère

M. Frédéric Abergel*

Président-directeur général

Mme Julie Boucher

Présidente-directrice générale adjointe jusqu'en janvier 2023 puis présidente-directrice générale intérimaire

Dre Stéphanie Raymond-Carrier

Directrice des services professionnels et coresponsable du Centre d'expertise en enseignement

Dre Josée Savoie

Directrice adjointe des services professionnels

Dr Ronald Denis

Représentant du CMDP au CA

Comité des usagers

M. Pierre-Paul Gouin

Président

Mme Monique Prévost

Présidente-trésorière

M. Yvon Goyette

Vice-président

Poste vacant

Secrétaire

M. Alain Bédard

Conseiller

M. Luc Dumas

Conseiller

M. Patrice Livetan

Conseiller

Mme Francine Pichette

Conseillère

Mme Joyce Shiklanian

Conseillère

Mme Rose Toussaint

Conseillère

Mme Sirane Chitilian

Conseillère

Mme Suzy Chouinard

Conseillère

Conseil des sages-femmes (exécutif)

Mme Amélie Lamarche

Vice-présidente

Mme Karine Desbois

Présidente

Mme Catherine Reid

Secrétaire

Mme Marie-Pier Mainville

Responsable des services de sage-femme

M. Frédéric Abergel*

Président-directeur général

Mme Julie Boucher**

Présidente-directrice générale intérimaire

**M. Abergel a agi à titre de PDG jusqu'en janvier 2023*

***Mme Boucher a agi à titre de PDG intérimaire du 6 février au 31 mars 2023*

Conseil des infirmières et infirmiers(CII) et comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) (exécutif)

M. Régis Godin

Président du CII

Mme Élisabeth Duguay

Vice-présidente du CII

Mme Annie Trottier

Trésorière

Vacant

Secrétaire et agent de communication

Mme Adélaïde Blouin-Guindon

Milieu hébergement

Mme Marie-Esther Chabot

Direction programme des services intégrés de première ligne

Mme Audrey Dastous

Direction programme des soins infirmiers (DSI), volet pratique professionnelle

Mme Geneviève Drolet

IPSSA, secteur cardiologie
Direction des soins infirmiers

Mme Kathleen Campos-Cuhna

Membre cooptée

Mme Véronik Carignan

Membre cooptée

M. Frédéric Abergel*

Président-directeur général

Mme Julie Boucher**

Présidente-directrice générale intérimaire

M. Éric Charbonneau

Direction des soins infirmiers

Membres observateurs

Mme Marilyn Prévost

Représentante du CII au conseil d'administration (jusqu'en novembre 2022)

Mme Josianne Collin

Présidente du CIIA/Mission Hospitalière

Mme Mélissa Martineau

Vice-présidente du CIIA / Mission hébergement SAPA

M. Michelet Élie

Mission hospitalière

Mme Annie Gendron

Mission hébergement SAPA, volet soutien à domicile

Mme Safa Alami

Membre cooptée – GMFU HSCM

Conseil multidisciplinaire (CM) (exécutif)

Mme Annie Denommé

Présidente

Mme Cynthia Prévost

Vice-présidente (avril à novembre) –
Membre (novembre à mars)

Mme Émilie Noël

Secrétaire (avril à novembre) – Vice-présidente (novembre à mars)

Mme Camille Lindstorm

Trésorière

Mme Patricia Décarie

Responsable des communications

M. Frédéric Abergel*

Membre – Président-directeur général

Mme Julie Boucher**

Membre – Présidente-directrice générale intérimaire

Mme Manon Boily

Membre

Mme Maud Shafkoff

Membre

*M. Abergel a agi à titre de PDG jusqu'en janvier 2023

**Mme Boucher a agi à titre de PDG intérimaire du 6 février au 31 mars 2023

M. Étienne Dumais-Roy

Membre

Mme Isabelle Gervais

Membre (mai à novembre) – Secrétaire
(novembre à mars)

Mme Timea Enache

Membre

Mme Suzie Bilodeau

Membre

Mme Ana Slepova

Membre

M. Maxime Lepage

Membre

Comité gestion des risques

Mme Annie Ouellette

Directrice de la qualité, évaluation,
performance organisationnelle et éthique

Mme Amélie Babin

Gestionnaire de risques de l'établissement

Mme Christine Racette

Directrice des services multidisciplinaires

Dre Josée Savoie

Directrice adjointe médicale – programme
santé physique générale et spécialisée

M. Éric Charbonneau

Directeur des services infirmiers

M. Marc Labonté

Directeur des programmes santé mentale et
dépendance

Mme Jouhayna Zahreddine

Directrice de l'hébergement

Mme Cathy Dresdell

Directrice adjointe des soins et services à
domicile

Mme Sophie Vallières

Directrice du service à domicile et de
proximité

Mme Audrey Leduc

Directrice adjointe - ressources non
institutionnelles et partenariat

Mme Marie-Ève Giroux

Directrice des programmes jeunesse et des
activités de santé publique

M. Benoît Paradis

Directeur des actifs immobiliers

M. Abdesselam Limami

Directeur des ressources technologiques et
informationnelles

M. Régis Godin

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Mme Annie Denomme

Conseil multidisciplinaire (CM)

Mme Marie-Pier Mainville

Conseil des sages-femmes (CSF)

Mme Monique Prévost

Présidente CUCI, CVQ et CA

Mme Nathalie Salvas

Pharmacienne

Dre Magdalena Duniewicz

Membre du comité de l'acte du CMDP

3.3 Les faits saillants

Le CIUSSS NIM a déployé des projets d'envergure et continue d'agir sur plusieurs fronts tant à l'interne qu'à l'externe de l'organisation. Cette année se démarque par des initiatives visant à améliorer la sécurité de nos usagers et de nos employés dans nos urgences et la préparation du déploiement du dossier santé numérique (DSN). D'autres projets continuent de progresser pour faire une différence dans les soins et services aux usagers et pour soutenir nos équipes.

Un CIUSSS ancré dans son territoire

Le travail de proximité avec la communauté des quartiers que nous desservons nous permet de mieux comprendre les besoins de notre population et d'adapter nos actions en conséquence.

Dans ce sens, nous avons établi une collaboration avec les ressources intermédiaires du territoire afin de concevoir des outils pour les personnes en perte d'autonomie et les professionnels responsables de leur orientation en résidence dans l'objectif de faciliter la difficile transition du domicile vers une formule d'hébergement.

Au tournant de 2022, nous nous sommes joints au Groupe McPeak-Sirois qui réunit présentement une dizaine d'établissements du réseau de la santé actifs en recherche sur le cancer du sein. À ce titre, nos équipes ont pris part cette année au « Colloque sur la recherche qui soigne : le cancer du sein en point de mire », qui s'est tenu à Montréal. Ce colloque a permis à un public composé de personnes touchées de près ou de loin par le cancer du sein de s'informer sur les traitements en lien avec ce cancer, dont ceux disponibles grâce à la recherche clinique. Une usagère de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, qui a bénéficié de traitements expérimentaux pour soigner un cancer du sein agressif, est venue témoigner de l'importance de la recherche clinique en santé et du soutien de nos équipes cliniques impliquées en recherche.

De plus, nous avons débuté une collaboration avec le centre d'alphabétisation de Villeray, La Jarnigoine, pour une meilleure compréhension de la population desservie et afin d'améliorer la littératie de nos outils de communication. Par ailleurs, nous poursuivons nos démarches de partenariat avec les arrondissements et les institutions de notre territoire. Ces ententes visent à renforcer la prévention et la promotion de la santé et faire connaître notre expertise et nos services aux citoyens.

Un CIUSSS innovant

En préparation du déploiement du dossier santé numérique (DSN), nous avons organisé des journées expérience numérique qui ont regroupé plus de 500 participants parmi nos gestionnaires et cliniciens issus des différentes directions du CIUSSS. L'objectif est de les sensibiliser à l'importance de perfectionner leurs compétences numériques et aux changements auxquels les équipes seront confrontées lors de cette importante transformation technologique.

En pédopsychiatrie, nous avons procédé à la centralisation des processus et des systèmes d'information. Ce projet a permis d'intégrer la documentation électronique, d'unifier le dossier clinique informatisé, de faciliter le suivi des usagers, de maximiser l'utilisation des ressources et de disposer de statistiques comparables pour l'ensemble des sites. Il a surtout permis de rendre plus sécuritaire la dispensation des soins aux usagers et de rallier les équipes autour d'un projet porteur en vue du DSN.

En santé connectée, le Centre d'innovation NIM Intelliance poursuit son envol. Grâce au financement du Fonds de soutien à l'innovation en santé et en services sociaux (FSISS) de l'organisme MEDTEQ, deux projets sont en cours, soit une plateforme logicielle centralisée ciblant l'optimisation des transports et le déploiement d'une plateforme logicielle unique pour optimiser les soins infirmiers à domicile (SAD), sur l'ensemble de notre territoire. Le Centre NIM Intelliance projette aussi de réaliser un projet intitulé « jumeau numérique », qui permettra de planifier des stratégies en vue de prévenir l'obésité. Finalement, le Centre NIM Intelliance a adhéré au réseau *Early Adopter Health Network* (EAHN) de l'Organisation ontarienne d'innovation en biosciences (*Ontario Bioscience Innovation Organization*, ou OBIO®). OBIO® est un organisme à but non lucratif qui facilite la commercialisation et l'évaluation en milieu réel de technologies ainsi que l'adoption d'innovations en santé.

Un CIUSSS sécuritaire

La sécurité de notre personnel, de nos usagers et de nos visiteurs dans les salles d'urgence est l'une de nos priorités. Un projet pilote de vérification visuelle des objets en possession des personnes accueillies à l'urgence de l'Hôpital Jean-Talon a été déployé. Considérant les retombées positives de ce dernier, nous avons mis en place un projet identique à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal. Entre le 12 décembre 2022 et le 22 janvier 2023, 183 objets dangereux ont été découverts, ce qui représente une moyenne de cinq objets par jour. Au vu de ces retombées positives, nous avons entamé des démarches auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) afin de maintenir le projet de façon permanente.

Un CIUSSS écoresponsable

Le CIUSSS NIM s'est engagé à promouvoir et à adopter des pratiques organisationnelles innovantes et respectueuses de l'environnement de manière à réduire son empreinte écologique et à minimiser les impacts de ses activités sur la santé de ses employés, de la population et de l'environnement. Un Comité de développement durable a été mis en place depuis 2019. Il nous a permis d'élaborer, de manière collaborative avec l'ensemble des parties prenantes, un plan d'action en faveur d'une santé environnementale et durable qui s'étalera de 2023 à 2028 et qui vise la carboneutralité en 2040. Plusieurs projets seront déployés pour lutter et s'adapter aux changements climatiques.

Le CIUSSS NIM s'est engagé également auprès de plusieurs partenaires en action climatique tels que Climat Montréal et le Réseau d'action pour la Santé Durable du Québec en confirmant la mise en place d'actions vertueuses concernant la mobilité, la gestion des matières résiduelles, les

bâtiments, la résilience par l'aménagement et le verdissement, la gouvernance et l'approvisionnement responsable.

Un CIUSSS stimulant et engageant

Pour répondre au mieux à l'une de nos priorités organisationnelles, celle de maintenir et d'attirer des talents, nous avons mis sur pied un Centre d'expertise en enseignement (CEE). Il a pour but non seulement d'encadrer la formation professionnelle et médicale au moyen d'outils performants, mais également de soutenir le développement de carrière du personnel. Dans un environnement d'apprentissage à la fine pointe de la technologie, nos laboratoires de simulation permettent de former plus de 1 500 personnes par année. Le CEE accueille ainsi près de 7 000 stagiaires de niveaux académiques universitaire, collégial et professionnel en provenance de 120 disciplines académiques différentes.

Par ailleurs, nos efforts en recrutement de personnel ont continué de porter fruits. Nos équipes ont participé à 37 différentes activités, tant sur la scène locale qu'à l'étranger, en plus des campagnes réalisées sur le Web et les médias sociaux. Ces initiatives ont permis de concrétiser 2 242 embauches effectives dont 176 proviennent de l'international.

Un CIUSSS moderne

La Maison de naissance Marie-Paule-Lanthier offre, aux personnes enceintes et à leurs familles, des suivis personnalisés et globaux incluant la grossesse, l'accouchement et le suivi postnatal. Cette année, nos sages-femmes ont accompagné 177 familles. Mentionnons aussi la mise sur pied d'un comité de parents permanent associé à la maison de naissance, très actif et impliqué. Ce service aux parents s'ajoute à notre Unité mère-enfant ouverte l'an dernier dans des locaux ultra modernes à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal (HSCM).

D'autres chantiers de construction se poursuivent. Soulignons les nouveaux locaux d'Aire Ouverte à Montréal-Nord, laquelle vise à améliorer l'accès de proximité pour les jeunes et à leur offrir des services adaptés à leurs besoins et à leur réalité. Actuellement offerts dans des locaux temporaires, ce service constitue un apport considérable et très pertinent dans ce quartier où la population est vulnérable. Son ouverture est attendue pour l'automne 2023. Les travaux de construction de la Maison Alternative, pour les personnes adultes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme (DP-DI-TSA), se poursuivent. Ce milieu de vie à dimension humaine prévoit accueillir ses nouveaux résidents en septembre prochain.

Un autre projet d'envergure commence à l'HSCM pour agrandir le service de la médecine nucléaire et y ajouter un appareil TEP-CT (tomographie par émission de positrons). La mise en service est prévue au printemps 2025. De plus, l'urgence de l'Hôpital Fleury se prépare à faire peau neuve. La modernisation de cette installation vient répondre à un état de vétusté et au manque d'espace disponible dans l'Hôpital. Il s'agit d'un projet immobilier majeur d'une superficie de plus de 3 000 mètres carrés.

Tous ces projets permettront de mettre à la disposition de nos usagers et de notre personnel des locaux répondant aux normes actuelles.

Un CIUSSS en amélioration continue

Dans une démarche d'amélioration continue de nos soins et services, nous avons reçu la visite d'Agrément Canada en janvier 2023. Cette visite visait l'évaluation des programmes de santé physique, des services généraux et de la télésanté. Nous avons accueilli huit visiteurs qui ont évalué 13 pratiques organisationnelles requises (POR). Le rapport final a révélé un taux de conformité de 94,8 % sur l'ensemble des critères évalués.

4. Les résultats au regard de l'entente de gestion et d'imputabilité

Chapitre III : Attentes spécifiques

Légende :

R : Réalisée

S/O : Sans objet

Résultats des attentes spécifiques de l'entente de gestion et d'imputabilité

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
Santé publique			
1.1	Adapter les processus de collecte de données sur les décès	<p>Le délestage du format papier du bulletin de décès et de sa transmission par courrier postal au profit de l'utilisation d'un formulaire informatisé et de sa transmission électronique requerra certains ajustements à l'organisation du travail dans le réseau sociosanitaire et hors réseau.</p> <p>Dans ce contexte, des mesures de gestion du changement doivent être prévues. Il est attendu que les CISSS et les CIUSSS de même que les centres hospitaliers universitaires et les instituts universitaires se préparent à accueillir cette nouvelle solution afin qu'elle soit adoptée par les intervenants concernés. Ces derniers doivent bénéficier du soutien nécessaire pour maîtriser et utiliser la version électronique du SP-3 et délaisser la version papier.</p>	<p>R</p> <p>Les gabarits attendus par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) le 7 novembre 2022 et le 28 avril 2023 ont été dûment complétés.</p> <p>Le déploiement du Système d'informatisation des événements démographiques a eu lieu en septembre 2022 au sein du CIUSSS NIM.</p>
1.2	Promouvoir l'inscription à l'avis de grossesse informatisé	<p>Les établissements devront participer à l'effort provincial d'implanter l'avis de grossesse dans chaque région du Québec. Des intervenants avis de grossesse ont été embauchés dans chaque CISSS et CIUSSS. Ces derniers doivent réaliser des tâches liées à l'avis de grossesse (exemples : recevoir et traiter les formulaires avis de grossesse, référer les femmes enceintes vers les services appropriés), de façon à répondre aux besoins de la clientèle cible. Les CISSS et les CIUSSS devront</p>	<p>R</p> <p>Les gabarits attendus par le MSSS le 11 octobre 2022 et le 28 avril 2023 ont été dûment complétés par la Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.</p>

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
		<p>également faire la promotion de l'avis de grossesse au sein de leur réseau territorial de services. Des outils de communication ont été développés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), tels que des affiches imprimables, des feuillets d'information à la population, des vidéos, etc. Les CISSS et les CIUSSS devront utiliser ces outils pour faire la promotion de l'avis de grossesse sur leur territoire, notamment en faisant des liens avec les organismes communautaires, les pharmacies communautaires, les villes, etc.</p>	<p>En collaboration avec la Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, le CIUSSS NIM a participé à la promotion de l'avis de grossesse informatisé sur son territoire, notamment en distribuant du matériel promotionnel et en présentant ce service.</p>
1.3	<p>Augmenter la couverture vaccinale des programmes offerts en milieu scolaire (primaire, secondaire)</p>	<p>Il est attendu, en vertu et conformément aux responsabilités territoriales et populationnelles qui leur sont confiées, que les CISSS et CIUSSS, avec le soutien des directions de santé publique, assurent la mise en œuvre des programmes de vaccination dans les milieux scolaires (primaire et secondaire) de leur territoire, incluant le rattrapage de la vaccination des cohortes d'élèves non vaccinés depuis 2019-2020.</p> <p>Une priorité devrait être portée à la vaccination réalisée au secondaire (3^e, 4^e, 5^e) afin de procéder au rattrapage avant que les enfants ne quittent le milieu scolaire.</p> <p>Les CISSS et CIUSSS doivent s'assurer de la disponibilité de la main-d'œuvre, formée et qualifiée pour réaliser cette vaccination.</p>	<p>R</p> <p>Le gabarit attendu par le MSSS le 28 avril 2023 a été dûment complété.</p> <p>Le CIUSSS NIM a intensifié ses activités de vaccination au cours de l'année 2022-2023 au sein des écoles de son territoire, notamment pour favoriser le rattrapage de la vaccination des cohortes d'élèves non vaccinés depuis 2019-2020.</p>
1.4	<p>Consolider les effectifs au sein des directions de santé publique et les services de santé publique à mettre en œuvre pour faire face à la pandémie de la COVID-19</p>	<p>Les CISSS et CIUSSS doivent consolider l'embauche des effectifs des directions de santé publique afin d'assurer le déploiement d'interventions liées à la pandémie de la COVID-19. Les établissements auront à assurer un suivi auprès du MSSS sur les ressources humaines et les dépenses.</p>	<p>R</p> <p>Les formulaires 51700 attendus par le MSSS le 7 novembre 2022 et le 28 avril 2023 ont été dûment complétés.</p>

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
			<p>Les exigences suivantes ont été retirées par le MSSS : gabarits attendus par le MSSS le 7 novembre 2022 et le 28 avril 2023.</p> <p>Le financement du gouvernement du Québec a permis l'embauche d'effectifs professionnels permanents, soit 1 équivalent temps complet (ETC) en soutien à la planification et à l'organisation des activités d'immunisation ainsi que 3 ETC en accompagnement des partenaires pour réduire les inégalités sociales de santé.</p>
Programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés			
2.1	<p>Implanter des sites Aire ouverte offrant des services adaptés à la réalité des jeunes de 12 à 25 ans</p>	<p>Le concept Aire ouverte vise à modifier les approches d'intervention auprès des jeunes de 12 à 25 ans, en offrant différents services adaptés à leurs besoins et à leurs réalités.</p> <p>Les établissements devront démontrer leur niveau d'avancement, par rapport à l'année précédente, quant au déploiement de leur site Aire ouverte, de l'embauche de leur équipe dédiée à l'adaptation de leur offre de services afin qu'elle soit ajustée à la réalité des jeunes de 12 à 25 ans.</p>	<p>R</p> <p>Les gabarits attendus par le MSSS le 31 octobre 2022 et le 15 mai 2023 ont été dûment complétés.</p> <p>Le concept Aire ouverte a permis de rejoindre 492 usagers du territoire du CIUSSS NIM au cours de l'année 2022-2023, pour un total de 2 241 interventions réalisées auprès de ceux-ci.</p>
2.2	<p>Implanter le Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM) dans l'ensemble de la trajectoire de</p>	<p>Afin d'être conforme à l'attente, 27 établissements effectuent actuellement des travaux concernant l'amélioration des services en santé mentale au Québec, par la révision de</p>	<p>R</p> <p>Les gabarits attendus par le MSSS le 7 novembre 2022 et le</p>

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
	services en santé mentale adulte et jeunesse	<p>leur processus au regard de l'accessibilité des services en santé mentale, via leurs mécanismes d'accès. Ces mêmes établissements déploient également les étapes 1 et 2 du modèle de soins par étapes du PQPTM.</p> <p>Par l'entremise d'une reddition de comptes à transmettre au MSSS, les établissements devront démontrer leur niveau d'avancement quant aux résultats de la révision de leur processus, du nombre d'utilisateurs en attente et des délais d'attente, au déploiement du PQPTM et à l'adaptation de leur offre de services afin qu'elle soit ajustée aux étapes 1 et 2 du modèle de soins par étapes.</p>	<p>28 avril 2023 ont été dûment complétés.</p> <p>L'implantation du PQPTM dans l'ensemble de la trajectoire de services en santé mentale adulte et jeunesse s'est poursuivie au sein du CIUSSS NIM au cours de l'année 2022-2023.</p>
2.3	Soutenir le réseau d'éclaireurs et d'équipes relais en santé psychosociale et mentale	<p>Les CISSS et CIUSSS sont responsables de déployer des réseaux d'éclaireurs dans les réseaux locaux de services. Les éclaireurs sont des citoyens impliqués dans leur milieu et ils doivent être soutenus par une équipe d'intervenants du réseau de la santé et des services sociaux (équipes relais). Les CISSS et CIUSSS mettent en réseau les éclaireurs en établissant des liens constants avec les différents partenaires.</p> <p>Les réseaux d'éclaireurs contribuent également à renforcer et à mettre en valeur les initiatives citoyennes et les projets d'organismes communautaires en matière de rétablissement psychosocial postpandémique et de résilience en santé mentale.</p> <p>Les établissements devront faire état du déploiement du réseau d'éclaireurs.</p>	<p>R</p> <p>Les gabarits attendus par le MSSS le 11 octobre 2022 et le 14 avril 2023 ont été dûment complétés.</p> <p>Au 31 mars 2023, nous comptons 243 éclaireurs actifs œuvrant sur le territoire du CIUSSS NIM. Un grand nombre d'éclaireurs ont d'ailleurs été formés par l'entremise de notre programme de formation en ligne.</p>
2.4	Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité	Les établissements visés devront rédiger un plan d'amélioration des services de proximité présentant les actions prioritaires visant à améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité. Le plan	<p>S/O</p> <p>Cette attente spécifique a été retirée par le MSSS.</p>

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
		d'amélioration des services de proximité devra prendre en compte le principe directeur, l'approche et les orientations du cadre de référence : améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité.	
2.5	Améliorer l'accès aux services spécifiques et spécialisés en santé mentale	<p>Afin d'être conforme à l'attente, 27 établissements effectuent actuellement des travaux concernant l'amélioration des services en santé mentale au Québec, par la révision de leur processus au regard de l'accessibilité des services en santé mentale, et ce, afin d'être en conformité avec le cadre de référence sur les mécanismes d'accès, dont le guichet d'accès en santé mentale fait partie intégrante.</p> <p>Par l'entremise d'une reddition de comptes à transmettre au MSSS, les établissements devront démontrer leur niveau d'avancement quant aux résultats de la révision de leur processus et de l'implantation de la gouvernance des mécanismes d'accès en santé mentale (MASM) et des grandes fonctions des guichets.</p>	<p>R</p> <p>Les gabarits attendus par le MSSS le 30 septembre 2022 et le 28 avril 2023 ont été dûment complétés.</p> <p>L'amélioration de l'accès aux services spécifiques et spécialisés en santé mentale passe entre autres par des trajectoires optimales de services, ce sur quoi le CIUSSS NIM a travaillé au cours de l'année 2022-2023.</p>
Aînés et proches aidants			
3.1	Soutenir la fluidité pour la sortie des usagers en niveau de soins alternatifs (NSA) dans les centres hospitaliers du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)	<p>Il est requis d'optimiser et de diminuer les délais dans les processus pour augmenter la fluidité de la trajectoire de sortie des usagers. Les établissements fusionnés et non fusionnés ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent s'assurer de mettre en place les meilleures pratiques cliniques et les actions structurantes pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assurer une capacité hospitalière adéquate afin de répondre aux besoins d'accès, notamment à la chirurgie; • Maintenir un niveau acceptable d'usagers ayant un statut NSA tout en prenant en compte 	<p>R</p> <p>Les gabarits attendus par le MSSS le 29 juillet 2022, le 18 novembre 2022 et le 10 mars 2023 ont été dûment complétés.</p> <p>Plusieurs actions sont déployées pour favoriser la sortie des usagers en NSA dans les hôpitaux du CIUSSS NIM, notamment une vigie des usagers en NSA lors des rencontres</p>

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
		<p>leurs délais d'attente par variable;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soutenir la fluidité dans les urgences en contribuant à diminuer la durée de séjour des usagers sur civière par un accès plus rapide aux lits des centres hospitaliers lorsque requis et également diminuer le nombre de personnes ne requérant pas d'hospitalisation, mais en attente sur une civière pour une relocalisation dans la communauté à partir de l'urgence. <p>Les résultats attendus sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une diminution du nombre d'usagers NSA hors délai dans les centres hospitaliers; • Une diminution du nombre d'usagers hospitalisés qui occupent un lit, mais qui ne nécessitent pas le niveau de services dispensés dans l'unité de soins où ils se trouvent, faute de capacité pour les relocaliser dans la communauté pour bien répondre à leurs besoins. 	<p>quotidiennes de gestion de lits de chaque hôpital du CIUSSS NIM et, pour les usagers en NSA hors territoire, un suivi étroit auprès des établissements d'appartenance de ces usagers afin d'activer le congé.</p>
3.2	<p>Adopter, déployer et mettre à jour la Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, et veiller à la planification et au déploiement des formations en matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées</p>	<p>Les établissements doivent rendre accessible leur politique de lutte contre la maltraitance sur leur site Internet et désigner un responsable de sa mise en œuvre. Les établissements doivent également déployer les formations en maltraitance.</p>	<p>R</p> <p>Le gabarit attendu par le MSSS le 28 avril 2023 a été dûment complété.</p> <p>Le déploiement des formations en matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées s'est poursuivi au cours de l'année 2022-2023. Soulignons qu'au 31 mars 2023, 1 801 employés en contact direct avec les personnes aînées et</p>

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
			cadres intermédiaires ont suivi la formation « Introduction à la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées », alors que 1 649 employés en contact direct avec les personnes âgées et cadres intermédiaires ont suivi la formation « Identification et signalement d'une situation de maltraitance envers une personne âgée ».
3.3	Implanter et suivre la phase trois des travaux ministériels sur les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM)	<p>Conscient de l'importance de soutenir l'organisation des services pour les personnes vivant avec un TNCM et leurs proches, le MSSS veut poursuivre son accompagnement du réseau pour la consolidation d'une offre de services flexible qui s'adapte aux besoins particuliers de ces usagers. Cela se fait avec un souci d'efficacité, de qualité et d'intégration de la trajectoire particulière à ces usagers au sein du continuum de services pour les aînés.</p> <p>Le déploiement proposé s'appuie sur les apprentissages des deux premières phases. Sa réussite requiert de consolider les acquis à partir des groupes de médecine de famille et des services de proximité. Elle nécessite également une démarche formalisée qui se traduit dans les lignes d'un plan d'action biennal. Pour y parvenir, le MSSS propose une série de moyens facilitateurs, dont le processus clinique interdisciplinaire, des conditions gagnantes et des outils d'aide à la pratique. Ils s'inscrivent dans une approche privilégiée de soutien aux établissements sur la base des</p>	<p>R</p> <p>Le gabarit attendu par le MSSS le 31 mai 2023 a été dûment complété.</p> <p>Le déploiement du plan ministériel sur les TNCM s'est poursuivi au cours de l'année 2022-2023. Soulignons qu'au 31 mars 2023, le suivi des TNCM est implanté dans 100 % des groupes de médecine de famille (GMF) du territoire du CIUSSS NIM. En effet, les intervenants de ces GMF ont été formés et un plan de formation continue a été mis en place pour les nouveaux membres du personnel.</p>

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
3.4	Accroître les services offerts aux proches aidants (10 M\$) et implanter une coordination en proche aide (3 M\$)	<p>meilleures pratiques cliniques et organisationnelles.</p> <p>Un investissement de 10 M\$ a été annoncé en décembre 2019 et reconduit en 2020-2021, 2021-2022 et 2022-2023, permettant d'augmenter les services offerts directement aux personnes proches aidantes (information, formation, répit, présence-surveillance, dépannage, soutien psychosocial, etc.) ainsi que la mise en place de coordonnateurs territoriaux en proche aide présents sur chaque territoire de CISSS et CIUSSS et auprès des Premières Nations, des Inuits et des communautés ethnoculturelles. Le mandat des coordonnateurs territoriaux en proche aide est de catalyser les actions territoriales concertées visant à améliorer la qualité de vie des personnes proches aidantes, sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature des incapacités des personnes qu'elles soutiennent.</p> <p>Une reddition de comptes sera à compléter pour les types de services octroyés, les centres d'activités, les programmes-services visés et les sommes investies, et lors de la titularisation du poste de coordonnateur à la proche aide, en y spécifiant notamment le type de professionnel embauché et la direction d'attache.</p>	<p>R</p> <p>Les formulaires 41995 attendus par le MSSS le 11 octobre 2022, le 9 janvier 2023 et le 28 avril 2023 ont été dûment complétés.</p> <p>Le gabarit attendu par le MSSS lors de la titularisation du poste de coordonnateur à la proche aide a été dûment complété.</p> <p>Les services offerts aux personnes proches aidantes visent les clientèles suivantes : personnes âgées, déficience physique, déficience intellectuelle-trouble du spectre de l'autisme et santé mentale.</p> <p>La nouvelle coordonnatrice à la proche aide est entrée en fonction le 30 janvier 2023.</p>
3.5	Consolider l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier	<p>L'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en milieu hospitalier a pour but de répondre aux besoins des personnes vulnérables lors d'un séjour à l'urgence ou sur une unité d'hospitalisation, par la mise en place d'interventions visant à prévenir le déclin fonctionnel, notamment le syndrome d'immobilisation et le delirium.</p> <p>Les établissements doivent :</p>	<p>R</p> <p>Le formulaire 10595 attendu par le MSSS le 28 avril 2023 a été dûment complété.</p> <p>Le gabarit attendu par le MSSS le 28 avril 2023 a été dûment complété.</p>

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
		<ul style="list-style-type: none"> • Avoir les structures et les processus en place pour permettre l'application des interventions ayant le plus d'impact clinique positif pour les aînés; • Offrir la formation du MSSS dédiée au personnel de soutien et aux bénévoles hors unité de soins et en unité de soins; • Encourager la contribution des personnes proches aidantes dans l'application d'interventions préventives, en fonction de leurs volontés et de leur capacité d'engagement; • Réaliser des audits périodiques dans les urgences et les unités d'hospitalisation afin de vérifier l'application des interventions préventives en lien avec l'autonomie et la mobilité, la nutrition et l'hydratation ainsi que l'état mental, cognitif, comportemental et psychologique. 	<p>La consolidation de l'AAPA en milieu hospitalier s'est poursuivie au cours de l'année 2022-2023. Dans la foulée de la démarche d'agrément du CIUSSS NIM, des efforts ont été déployés dans la réalisation et le suivi d'audits, particulièrement en lien avec les trois sphères prioritaires du déconditionnement ainsi que la prévention des chutes et des lésions de pression.</p>
Affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques			
4.1	Contribuer au déploiement provincial de la télésanté	<p>Les établissements devront démontrer leur contribution au déploiement de la télésanté au Québec, en s'assurant que le comité tactique local réalise son mandat, que des actions soient réalisées dans le cadre du plan d'action en télésanté 2019-2023 et que le répertoire des services cliniques en télésanté soit à jour.</p>	<p style="text-align: center;">R</p> <p>Les gabarits attendus par le MSSS le 11 octobre 2022 et le 28 avril 2023 ont été dûment complétés.</p> <p>La mise à jour du répertoire clinique en télésanté attendue par le MSSS le 31 mars 2023 a été dûment complétée.</p> <p>Le comité tactique local en télésanté a été mis en place et s'est réuni à</p>

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
			<p>deux reprises au cours de l'année 2022-2023.</p> <p>Parmi les services en télésanté offerts au sein du CIUSSS NIM, soulignons la téléconsultation en oncologie, la télécomparution en psychiatrie légale ainsi que l'offre de services à distance en thrombolyse et thrombectomie.</p>
Développement du bien-être et protection de la jeunesse			
5.1	Mettre en place les mesures visant le renforcement et la coordination des services de proximité pour les jeunes en difficulté et leur famille, afin de répondre aux besoins de ces derniers en temps opportun	<p>Il est attendu que les établissements poursuivent la mise en œuvre des actions afin que les jeunes en difficulté et leur famille puissent avoir accès à des services de qualité en matière de prévention et d'intervention de proximité, et ce, en temps opportun. Ces services devront être rendus de manière à assurer la fluidité des collaborations avec les services de la protection de la jeunesse, le cas échéant, et être basés sur les meilleures pratiques.</p> <p>Trois actions sont attendues :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documenter les effets observés en vue d'assurer la continuité d'un suivi conjoint à tous les enfants qui reçoivent des services en première ligne et qui sont évalués par la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) afin de favoriser la transition à la suite de l'intervention de la DPJ. Lors d'un signalement, lorsqu'un enfant ou ses parents reçoivent des services en première ligne, poursuivre ces interventions jusqu'au terme de l'évaluation du signalement; 	<p style="text-align: center;">R</p> <p>Les gabarits attendus par le MSSS le 11 octobre 2022 et le 28 avril 2023 ont été dûment complétés par la Direction de la protection de la jeunesse du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.</p> <p>Des trajectoires de collaboration ont été élaborées regionalement afin de préciser les actions à réaliser dès la réception d'un signalement, et ce, de façon à optimiser l'implication des services de proximité auprès des familles. De plus, la directive de priorisation des services pour les enfants en besoin de protection et leurs parents a été mise en place à l'échelle régionale.</p>

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
		<ul style="list-style-type: none"> Assurer une réponse dans un délai maximal de 30 jours aux enfants et/ou aux parents référés par un directeur de la protection de la jeunesse vers les services de proximité; Mettre en place des stratégies en vue d'assurer une trajectoire de services plus fluide entre le milieu scolaire et les services de proximité. 	
Coordination réseau et ministérielle et affaires institutionnelles			
6.1	Alléger et accélérer les processus d'autorisation pour les projets de recherche	<p>Le processus d'autorisation constitue une exigence ministérielle auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux en vertu du Cadre de référence ministériel pour la recherche avec des participants humains. Toutefois, ce processus requiert des délais qui ne répondent pas aux attentes de l'industrie, ce qui nuit à l'attractivité des établissements pour la recherche et à leur compétitivité sur le plan national et international.</p> <p>L'établissement doit élaborer et implanter un plan d'action visant à optimiser le processus d'autorisation des activités de recherche. Dans le cadre du processus d'autorisation optimisé, l'établissement doit notamment implanter des mesures visant à soutenir les cliniciens-chercheurs dans l'estimation plus exacte du nombre de participants pouvant être recrutés pour chaque essai clinique. En somme, ce plan d'action doit être conçu pour permettre à l'établissement de répondre aux attentes ministérielles des années subséquentes visant la réduction successive des délais moyens d'autorisation des activités de recherche.</p>	<p>S/O</p> <p>Cette attente spécifique a été retirée par le MSSS pour le CIUSSS NIM.</p>

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
Technologies de l'information			
7.1	Déployer le plan décentralisé de modernisation technologique	<p>Le plan de modernisation technologique décentralisé de chaque établissement doit présenter les principales mesures technologiques que ce dernier prévoit réaliser en 2022-2023 et 2023-2024, avec une estimation de l'échéancier et des coûts d'implantation pour chaque mesure. Les mesures doivent contribuer à l'obtention de gains rapides et comprendre des objectifs munis d'indicateurs et de cibles annuelles en termes de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réduction de la pression sur le personnel; • Réduction des délais d'accès aux services pour le citoyen; • Amélioration de la qualité des services; • Respect de l'échéance, des coûts et de la portée de chaque mesure. <p>Le plan doit également couvrir minimalement les sujets suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moderniser les outils technologiques; • Rehausser la capacité en télécommunications et outils collaboratifs; • Rehausser la cybersécurité; • Prendre le virage vers l'infonuagique; • S'arrimer avec les projets de modernisation technologique nationaux; • Mettre en place les fondations nécessaires à l'implantation du Dossier de santé numérique (DSN). <p>Les établissements doivent rendre compte de l'état d'avancement de l'implantation de leur plan de modernisation technologique décentralisé et de l'utilisation des</p>	<p>R</p> <p>Les formulaires 52370 attendus par le MSSS le 30 juin 2022, le 30 septembre 2022, le 11 janvier 2023 et le 28 avril 2023 ont été dûment complétés.</p> <p>Le formulaire 52300 attendu par le MSSS le 2 mai 2023 a été dûment complété.</p> <p>Le déploiement du plan de modernisation technologique 2022-2024 a notamment permis de diminuer de 35,0 % le délai de résolution des requêtes informatiques du personnel du CIUSSS NIM par rapport à l'année 2021-2022. De plus, nous constatons une hausse de 14,2 % du nombre d'utilisateurs desservis par une modalité de télésanté par rapport à l'année 2021-2022.</p>

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique	État de réalisation
		sommes octroyées pour sa réalisation. Cette reddition de comptes doit également porter sur l'ensemble des indicateurs identifiés.	

Chapitre IV : Engagements annuels

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Santé publique				
1.01.36-PS Taux cumulé de couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge	89,07 %	80,00 %	87,04 %	80,00 %
<p>Commentaires :</p> <p>La couverture vaccinale contre la COVID-19 de la population de 12 ans et plus du territoire du CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal (CIUSSS NIM) connaît une légère baisse de 2,3 % par rapport à l'année 2021-2022, pour un total de 323 932 personnes âgées de 12 ans et plus considérées comme adéquatement vaccinées contre la COVID-19 au 31 mars 2023.</p> <p>Différents facteurs de réussite expliquent l'atteinte de l'engagement 2022-2023 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptation et complémentarité des services visant à se rapprocher de la population, notamment la clientèle vulnérable (exemple : vaccination des réfugiés dans des hôtels); • Déplacement dans les secteurs défavorisés via le Vaccibus; • Grandes opérations de vaccination mobile, notamment dans certains milieux de soins, mais également en partenariat avec différentes communautés religieuses (exemple : vaccination dans des mosquées); • Publicité sur différentes plateformes (Internet, intranet, médias sociaux, etc.) et dans certains endroits très fréquentés (exemples : stations de métro, arrêts d'autobus, etc.); • Flexibilité d'horaire dans les sites de vaccination de masse avec une offre de services sans rendez-vous 7 jours/7; • Démarchage et promotion par les travailleurs de quartiers, les organisateurs communautaires, la brigade de sensibilisation du CIUSSS NIM, etc. 				
Santé publique — Prévention et contrôle des infections nosocomiales				
1.01.26-EG2 Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	79,1 %	80,0 %	78,8 %	80,0 %

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
<p>Commentaires :</p> <p>Le taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains connaît une légère baisse de 0,4 % par rapport à l'année 2021-2022. Avec un pourcentage d'atteinte de 98,5 %, l'engagement 2022-2023 est quasiment atteint.</p> <p>Certains secteurs ou titres d'emploi ont davantage de difficultés à atteindre la cible. Pour les secteurs ou titres d'emploi n'atteignant pas la cible, des plans d'action sont déployés afin de les sensibiliser à l'importance d'adopter des pratiques exemplaires en matière d'hygiène des mains. De plus, dans le cadre de la démarche d'agrément du CIUSSS NIM, une formation en ligne sur l'hygiène des mains est obligatoire pour l'ensemble des travailleurs.</p>				
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)				
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD (centre d'hébergement et de soins de longue durée) ayant un profil ISO-SMAF (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) de 10 à 14	77,0 %	70,0 %	79,0 %	75,0 %
1.03.16-EG2 Pourcentage de personnes hébergées en CHSLD (centre d'hébergement et de soins de longue durée) public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	96,1 %	90,0 %	94,5 %	90,0 %
<p>Commentaires :</p> <p>Le pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14 connaît une hausse de 2,6 % par rapport à l'année 2021-2022, pour un total de 972 personnes nouvellement admises en CHSLD au cours de l'année 2022-2023.</p> <p>Différents facteurs de réussite expliquent l'atteinte de l'engagement 2022-2023 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Validation par un gestionnaire de tous les dossiers d'utilisateurs orientés en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de moins de 10 afin de confirmer la pertinence de l'orientation avant l'envoi au milieu receveur; • Recensement de tous les facteurs cliniques faisant en sorte que l'utilisateur ne peut être admis dans un milieu autre que le CHSLD; • Le recensement des facteurs cliniques permet d'ajuster l'offre de services dans les autres milieux d'hébergement, selon les opportunités. <p>Le pourcentage de personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention connaît une légère baisse de 1,7 % par rapport à l'année 2021-2022.</p> <p>L'atteinte de l'engagement 2022-2023 s'explique entre autres par le suivi de cet indicateur en salle de pilotage tactique. La direction responsable effectue un suivi par CHSLD. Dès que le pourcentage de</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
personnes hébergées ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention devient problématique pour un CHSLD, des actions sont rapidement mises en place afin de rectifier la situation.				
Soutien à domicile (SAD)				
1.03.05.05-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile	1 404 385 heures	1 400 109 heures	1 264 022 heures	1 456 113 heures
1.03.05.06-PS Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	17 134 personnes	20 609 personnes	16 525 personnes	20 730 personnes
<p>Commentaires :</p> <p>Le nombre total d'utilisateurs recevant des services de SAD connaît une baisse de 3,6 % par rapport à l'année 2021-2022. Le nombre total d'heures de service de SAD, pour sa part, connaît une baisse de 10,0 % par rapport à l'année 2021-2022. Toutefois, le nombre d'heures d'interventions professionnelles à domicile connaît une hausse de 9,9 % par rapport à l'année 2021-2022 (155 921 heures en 2022-2023 comparativement à 141 877 heures en 2021-2022). De plus, nous constatons une amélioration de 24,5 % des délais d'accès pour un premier service de SAD par rapport à l'année 2021-2022.</p> <p>Différents facteurs expliquent les difficultés d'accès aux services de SAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficultés de recrutement au sein du CIUSSS NIM (145 postes vacants au 31 mars 2023); • Difficultés de recrutement des employés embauchés de gré à gré par les usagers qui choisissent l'allocation directe/chèque emploi service pour recevoir des services de SAD. <p>Différentes mesures devraient favoriser l'accessibilité aux services de SAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre d'un plan d'attraction et de rétention du personnel ainsi que d'un plan d'attraction de la pratique du SAD; • Déploiement d'un plan d'action sur l'utilisation de l'allocation directe/chèque emploi service afin de normaliser les pratiques; • Mise en place de comités avec nos principales entreprises d'économie sociale en aide à domicile afin de consolider notre collaboration et de bonifier nos offres de services. 				
Jeunes en difficulté				
1.06.20-PS Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme « Agir tôt »	815 enfants	280 enfants	992 enfants	420 enfants
<p>Commentaires :</p> <p>Le nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme « Agir tôt » connaît une hausse significative de 21,8 % par rapport à l'année 2021-2022. Le pourcentage d'atteinte de l'engagement 2022-2023 s'établit à 236,2 %. Pour une deuxième année consécutive, le CIUSSS NIM a largement dépassé l'engagement avec un total de 992 enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme « Agir tôt » au cours de l'année 2022-2023. Par ailleurs, le CIUSSS NIM présente un délai moyen de prise en charge de 15 jours pour l'année 2022-2023, alors que la moyenne québécoise s'établit à 72 jours.</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
<p>Il est essentiel de souligner que ce nombre important a des impacts sur le volume de références pour des soins et des interventions en stimulation précoce. Or, nous avons tout de même diminué les délais de prise en charge de plus de 18 mois à la suite de la mise en place de groupes en orthophonie.</p>				
Dépendances				
1.07.07-PS Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	958 personnes	739 personnes	1 372 personnes	814 personnes
<p>Commentaires :</p> <p>Le nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance connaît une hausse significative de 43,2 % par rapport à l'année 2021-2022. Le CIUSSS NIM a largement dépassé l'engagement 2022-2023 (pourcentage d'atteinte de 168,6 %) avec un total de 1 372 personnes ayant reçu des services en dépendance au cours de l'année 2022-2023.</p> <p>Les professionnels des différents programmes-services exercent un rôle primordial pour mener des activités de sensibilisation et de repérage auprès de cette clientèle. La bonification de l'équipe de proximité en dépendance et la création d'une nouvelle équipe de proximité en itinérance contribuent à rejoindre cette clientèle et à l'atteinte de l'engagement 2022-2023. De plus, des formations sur le repérage et le soutien clinique sont offertes sur demande à l'ensemble des professionnels du CIUSSS NIM, par l'équipe en dépendance.</p>				
Santé mentale				
1.08.16-PS Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	701 personnes	476 personnes	753 personnes	414 personnes
<p>Commentaires :</p> <p>Après avoir connu une hausse significative du nombre d'utilisateurs en attente d'un service en santé mentale au début de l'année 2022-2023 (plus de 900 usagers en attente), la situation s'est progressivement améliorée au cours de l'année. Finalement, le nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale connaît une légère hausse de 7,4 % par rapport au 31 mars 2022, pour s'établir à 753 personnes au 31 mars 2023.</p> <p>Différents facteurs expliquent cette hausse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficultés de recrutement (effectifs professionnels), tant pour les postes vacants que les remplacements lors d'absences; • Le nombre de pédopsychiatres et de psychiatres, en présence, a un impact sur nos listes d'attente pour l'accès aux services spécialisés en santé mentale. Les difficultés de recrutement et de remplacement sont importantes et nécessitent fréquemment la réorganisation des effectifs médicaux; • La couverture de bris de services chez nos partenaires en pédopsychiatrie (CISSS de Lanaudière et CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal) a exigé des efforts supplémentaires de nos équipes dans un contexte de pénurie de ressources professionnelles et médicales. Cette couverture a eu un impact sur le nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale au sein du CIUSSS NIM. 				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------

Différentes mesures devraient favoriser l'accessibilité aux services en santé mentale :

- Démarches de recrutement de professionnels et de médecins spécialistes en pédopsychiatrie et en psychiatrie;
- Démarches en vue d'élargir la variété de titres d'emploi œuvrant en santé mentale (exemples : agent de relations humaines, technicien en travail social, etc.);
- Répartition des ressources médicales de façon à maintenir l'accessibilité aux services en santé mentale;
- Poursuite du déploiement du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) selon les orientations ministérielles dans les services spécifiques en santé mentale;
- Travaux sur l'harmonisation des mécanismes d'accès en santé mentale jeunesse avec les conseillers du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Santé physique — Urgence

1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	20,76 heures	19,00 heures	22,54 heures	17,10 heures
1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	216 minutes	175 minutes	251 minutes	150 minutes

Commentaires :

La durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence connaît une hausse de 8,6 % par rapport à l'année 2021-2022. Malgré une hausse de la durée moyenne de séjour, nous constatons une amélioration de l'accessibilité par rapport à l'année 2021-2022 :

- Hausse de 5,0 % du nombre d'usagers admis en provenance de l'urgence (18 297 usagers admis au cours de l'année 2022-2023);
- Hausse de 5,0 % du nombre d'usagers admis en moyenne quotidiennement en provenance de l'urgence (50,13 usagers admis en moyenne quotidiennement au cours de l'année 2022-2023).

Le délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire, pour sa part, connaît une hausse de 16,2 % par rapport à l'année 2021-2022.

La hausse des résultats des deux indicateurs s'explique principalement par un achalandage accru aux urgences (volumes d'activités prépandémiques) par rapport à l'année 2021-2022 :

- Hausse de 9,1 % du nombre de visites aux urgences (140 986 visites aux urgences au cours de l'année 2022-2023);
- Hausse de 12,7 % du nombre d'usagers ambulatoires (99 659 usagers ambulatoires au cours de l'année 2022-2023);
- Hausse de 36,1 % du nombre d'usagers, dont le niveau de priorité est moins élevé, qui ont été réorientés vers les cliniques médicales du territoire du CIUSSS NIM (13 455 usagers réorientés au cours de l'année 2022-2023).

Le manque d'effectifs infirmiers et l'accès limité aux lits de courte durée (fermeture de certains lits par manque de personnel) expliquent également la hausse des résultats des deux indicateurs.

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
<p>Différentes mesures devraient favoriser l'amélioration du temps d'attente à l'urgence :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uniformisation de la plateforme de prise de rendez-vous pour la réorientation des cas non-urgents vers les cliniques médicales; • Travaux d'une équipe dédiée dont le mandat est d'assurer une meilleure fluidité dans les urgences et sur les unités d'hospitalisation; • Déploiement de la planification précoce et conjointe des congés (travaux préliminaires en cours); • Développement de solutions de rechange à l'hospitalisation (exemples : bonification de l'accès 24 heures, bonification de l'accueil clinique, développement de l'étage de jour); • Révision de la trajectoire de soins et de services en pneumologie (en cours); • Prise en charge de certains usagers ayant un statut de niveau de soins alternatif (NSA) par les services de soutien à domicile, ce qui permet de libérer des lits de courte durée (déclaration d'hébergement à domicile). 				
Santé physique				
1.09.50-EG2 Proportion d'usagers qui débutent un traitement de dialyse en mode autonome	12,9 %	10,0 %	11,3 %	10,0 %
<p>Commentaires :</p> <p>La proportion d'usagers qui débutent un traitement de dialyse en mode autonome connaît une baisse de 12,4 % par rapport à l'année 2021-2022, pour s'établir à 11,3 % au 31 mars 2023.</p> <p>Tout au long de l'année 2022-2023, des rencontres de suivi de l'indicateur ont eu lieu avec le cogestionnaire médical afin de favoriser la dialyse à domicile. Des efforts ont été déployés afin d'atténuer les contraintes reliées aux plateaux techniques. Par ailleurs, nous souhaitons intégrer des infirmières auxiliaires avec un rôle de soutien pour les usagers en dialyse péritonéale à domicile.</p>				
Santé physique — Chirurgie				
1.09.32.00-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	1 572 demandes de chirurgies	825 demandes de chirurgies	1 277 demandes de chirurgies	410 demandes de chirurgies
1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	3 918 demandes de chirurgies	2 500 demandes de chirurgies	2 984 demandes de chirurgies	3 700 demandes de chirurgies
<p>Commentaires :</p> <p>Le nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an au 31 mars 2023 connaît une baisse significative de 18,8 % par rapport au 31 mars 2022.</p> <p>Le nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois au 31 mars 2023, pour sa part, connaît une baisse significative de 23,9 % par rapport au 31 mars 2022. Le CIUSSS NIM a largement dépassé l'engagement 2022-2023 (pourcentage d'atteinte de 119,4 %).</p> <p>Différents facteurs expliquent les difficultés d'accès aux services chirurgicaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pénurie de main-d'œuvre dans les blocs opératoires et les unités de chirurgie; • Retards de production chirurgicale post-COVID-19. 				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
<p>Différentes mesures devraient favoriser un accès plus rapide aux services chirurgicaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programmation opératoire permettant la priorisation de cas hors délai (salles d'opération flexibles); • Attribution des priorités par service en tenant compte des listes d'attente; • Deuxième offre de services pour les usagers hors délai (proposition d'un autre chirurgien à l'usager); • Épuration en continu des listes d'attente; • Poursuite des comités de travail sur les listes d'attente. 				
Santé physique — Cancérologie				
1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours	52,6 %	65,0 %	53,6 %	75,0 %
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours	85,1 %	90,0 %	86,5 %	90,0 %
<p>Commentaires :</p> <p>Le pourcentage d'usagers traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours connaît une hausse de 1,9 % par rapport à l'année 2021-2022. Le pourcentage d'usagers traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours, pour sa part, connaît une hausse de 1,6 % par rapport à l'année 2021-2022. Au total, 1 219 usagers ont été traités par chirurgie oncologique au cours de l'année 2022-2023.</p> <p>Différents facteurs expliquent les difficultés d'accès aux chirurgies oncologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pénurie de main-d'œuvre dans les blocs opératoires et les unités de chirurgie; • Difficultés de planification des chirurgies conjointes nécessitant une intervention combinée. <p>Différentes mesures devraient favoriser un accès plus rapide aux chirurgies oncologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'une cellule de suivi hebdomadaire des chirurgies oncologiques en attente; • Autorisation pour l'achat d'un deuxième robot chirurgical, principalement utilisé pour les usagers en urologie; • Mise en place du centre d'investigation en oncologie dont le mandat est notamment d'assurer un accès rapide aux examens et aux rendez-vous pour les usagers en oncologie (en cours). 				
Santé physique — Services de première ligne				
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	66,94 %	84,00 %	66,46 %	85,00 %
1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF (groupe de médecine de famille)	208 289 personnes	237 698 personnes	215 182 personnes	277 413 personnes

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
1.09.51-PS Nombre de cliniques médicales branchées à une solution informatique (orchestrateur) favorisant une prise de rendez-vous en première ligne	18 cliniques médicales	33 cliniques médicales	29 cliniques médicales	37 cliniques médicales
<p>Commentaires :</p> <p>Le pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille connaît une légère baisse de 0,7 % par rapport à l'année 2021-2022, pour un total de 266 152 personnes inscrites auprès d'un médecin de famille au 31 mars 2023, peu importe son lieu de pratique. En revanche, le CIUSSS NIM affiche un excellent résultat en ce qui a trait à l'inscription de groupes d'usagers auprès de groupes de médecins de famille exerçant dans différents lieux de pratique, soit 58 000 usagers inscrits. Les usagers peuvent alors consulter n'importe quel médecin du groupe en prenant rendez-vous via la Guichet d'accès à la première ligne (GAP). Ces usagers ne sont toutefois pas comptabilisés dans le calcul du pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille et du nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF.</p> <p>Le nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF, pour sa part, connaît une hausse de 3,3 % par rapport à l'année 2021-2022. Les nouveaux médecins pratiquent généralement en GMF et en centre local de services communautaires (CLSC). Donc, le nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF connaît une hausse, et ce, malgré le fait que le pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille, peu importe son lieu de pratique, connaisse une légère baisse.</p> <p>Différents facteurs expliquent les difficultés d'accès à un médecin de famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre limité de médecins de famille disponibles dans la région de Montréal (plan régional d'effectifs médicaux); • Difficultés de recrutement de nouveaux médecins de famille par les cliniques médicales; • Départ de médecins de famille au sein de plusieurs GMF, notamment en raison de leur retraite. <p>Différentes mesures devraient favoriser l'accès à un médecin de famille :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poursuite du développement du GAP pour une offre de services temporaire à la clientèle orpheline (sans médecin de famille); • Amélioration de la capacité de prise en charge et de l'efficacité de la prise en charge médicale en assurant une pratique interdisciplinaire au GAP; • Contribution accrue des infirmières praticiennes spécialisées et des stagiaires; • Mise en œuvre d'un plan d'attraction des effectifs médicaux (en cours); • Création d'un nouveau GMF universitaire à Montréal-Nord (travaux en cours). <p>Le nombre de cliniques médicales branchées à une solution informatique (orchestrateur) favorisant une prise de rendez-vous en première ligne connaît une hausse de 61,1 % par rapport à l'année 2021-2022. Dans les faits, 100 % des cliniques médicales du territoire du CIUSSS NIM ont été contactées, mais le branchement n'est pas possible pour plusieurs d'entre elles en raison d'éléments associés à l'infrastructure technologique. Par exemple, le fait de ne pas utiliser un dossier médical électronique (DME) empêche le branchement à l'orchestrateur.</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	----------------------

Comme le ministère de la Santé et des Services sociaux n'a pas modifié l'engagement 2022-2023 du présent indicateur pour tenir compte des cliniques médicales ne pouvant faire l'objet d'un branchement, celui-ci demeure à 37 cliniques médicales. En réalité, 100 % des cliniques médicales du territoire du CIUSSS NIM pouvant faire l'objet d'un branchement au 31 mars 2023 en fonction de l'infrastructure technologique ont été branchées à l'orchestrateur. Concrètement, l'ensemble des groupes de médecine de famille (GMF) et leurs cliniques satellites sont branchés à l'orchestrateur. Une clinique médicale hors GMF et une clinique d'infirmières praticiennes spécialisées sont également branchées à l'orchestrateur.

Santé physique — Imagerie médicale

1.09.34.00-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	85,0 %	95,0 %	83,4 %	95,0 %
1.09.34.08-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les tomodensitométries	86,6 %	100,0 %	89,9 %	100,0 %
1.09.34.09-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les résonances magnétiques	82,6 %	95,0 %	80,1 %	95,0 %

Commentaires :

Le pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours au 31 mars 2023 pour les modalités d'imagerie médicale ciblées connaît une légère baisse de 1,9 % par rapport au 31 mars 2022. Le nombre total de demandes en imagerie médicale qui sont en attente au 31 mars 2023 pour les modalités d'imagerie médicale ciblées s'établit à 7 771 demandes, soit une hausse de 1,2 % par rapport au 31 mars 2022. Les modalités d'imagerie médicale ayant la plus grande incidence sur la non-atteinte de l'engagement sont les scopies et les résonances magnétiques.




Le pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours au 31 mars 2023 pour les tomodensitométries connaît une hausse de 3,8 % par rapport au 31 mars 2022. Le nombre total de demandes en imagerie médicale qui sont en attente au 31 mars 2023 pour les tomodensitométries s'établit à 2 369 demandes, soit une hausse de 58,8 % par rapport au 31 mars 2022. Malgré une hausse significative du nombre total de demandes en attente, le pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours au 31 mars 2023 s'est amélioré par rapport au 31 mars 2022.

Le pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours au 31 mars 2023 pour les résonances magnétiques connaît une légère baisse de

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
<p>3,0 % par rapport au 31 mars 2022. Le nombre total de demandes en imagerie médicale qui sont en attente au 31 mars 2023 pour les résonances magnétiques s'établit à 3 260 demandes, soit une hausse de 6,5 % par rapport au 31 mars 2022.</p> <p>Différents facteurs expliquent les difficultés d'accès aux services d'imagerie médicale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pénurie de main-d'œuvre; • Difficultés de recrutement; • Rattrapage à effectuer à la suite de la réouverture du <i>scan</i> à l'Hôpital Fleury et à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal (fin des travaux de construction). <p>Différentes mesures devraient favoriser l'accessibilité aux services d'imagerie médicale :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Affichage des postes vacants à l'externe de façon continue; • Recrutement à l'étranger; • Mise en place de corridors de services avec différents établissements afin d'améliorer l'accès aux services. 				
Ressources humaines				
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI)	5,57 %	4,38 %	5,76 %	3,24 %
3.05.03-PS Ratio de présence au travail	91,16 %	90,31 %	92,01 %	90,40 %
3.01.02-EG2 Pourcentage des employés ayant complété la formation intitulée « Sensibilisation aux réalités autochtones »	46,6 %	50,0 %	94,6 %	100,0 %
<p>Commentaires :</p> <p>Le taux de recours à la MOI connaît une légère hausse de 3,4 % par rapport à l'année 2021-2022. La pénurie de main-d'œuvre contraint le CIUSSS NIM à recourir à la MOI dans certaines situations.</p> <p>Différentes mesures devraient favoriser une baisse du recours à la MOI :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déploiement de l'autogestion des horaires et des aménagements de temps de travail; • Mise en place de plusieurs mesures visant l'expérience employé, la fidélisation et la rétention du personnel; • Maintien du resserrement des mesures limitant le recours à la MOI; • Déploiement et suivi des plans d'action pour les secteurs ayant le plus recours à la MOI et accompagnement des gestionnaires concernés; • Mise en place d'initiatives visant à stabiliser les employés temporaires occasionnels dans les secteurs les plus critiques. <p>Le ratio de présence au travail, pour sa part, connaît une hausse de 0,9 % par rapport à l'année 2021-2022. Le déploiement de la stratégie relative aux situations d'absentéisme chronique explique entre autres l'atteinte de l'engagement 2022-2023.</p>				

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
<p>Le pourcentage des employés ayant complété la formation intitulée « Sensibilisation aux réalités autochtones » connaît une hausse significative de 103,0 % par rapport au 31 mars 2022, pour un total de 10 525 employés ayant suivi la formation au 31 mars 2023.</p> <p>Nous constatons que certaines directions ont davantage de difficultés à atteindre la cible. De plus, dans le cadre de la démarche d'agrément du CIUSSS NIM, nous avons dû prioriser le déploiement de certaines formations en vue de répondre aux exigences d'Agrément Canada.</p> <p>Différentes mesures devraient favoriser la hausse du pourcentage des employés ayant complété la formation intitulée « Sensibilisation aux réalités autochtones » :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suivi de l'indicateur en salle de pilotage stratégique; • Mise en œuvre d'une stratégie de communication (messages de rappel, affiches promotionnelles, etc.); • Séances de visionnement de la formation en mode « cinéma ». 				

Légende :

-  Atteinte de l'engagement annuel à 100 %
-  Atteinte de l'engagement annuel égale ou supérieure à 90 % et inférieure à 100 %
-  Atteinte de l'engagement annuel inférieure à 90 %

N/D : Non disponible

5. Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

L'agrément

Le nouveau cycle d'agrément introduit la notion de visites séquentielles. Ce processus compte cinq séquences distinctes qui s'échelonnent sur une période de cinq ans au terme duquel notre agrément, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023, sera renouvelé.

Les exigences d'Agrément Canada comprennent les normes d'excellence pancanadiennes, les pratiques de sécurité requises afin de réduire les dangers potentiels et les questionnaires servant à évaluer le milieu de travail, la culture de sécurité des usagers, le fonctionnement de la gouvernance et l'expérience vécue par l'utilisateur.

Cette année, le CIUSSS a reçu, du 15 au 20 janvier 2023, la quatrième visite d'Agrément Canada, depuis la fusion des établissements. Cette visite visait trois programmes spécifiques qui ont fait l'objet d'une évaluation, soit : la santé physique, les services généraux et médicaux de 1^{re} ligne ainsi que la télésanté. Nous sommes fiers d'avoir atteint un niveau de conformité et une note globale de 94,8 %.

Dans le rapport final de la visite, on peut y lire de nombreux commentaires qui soulignent plusieurs forces observées au sein de l'établissement. Parmi celles-ci, Agrément Canada évalue qu'il convient de féliciter notre organisation pour son engagement à faire de l'agrément un levier permettant d'améliorer la qualité et la sécurité des services qu'elle offre à ses usagers et à sa communauté. Agrément Canada a aussi relevé les points positifs suivants :

- Les soins centrés sur l'utilisateur/famille;
- La qualité des soins reconnus par les usagers et les familles;
- Le niveau d'engagement des équipes dans les divers programmes-services évalués;
- La qualité de l'encadrement et du soutien clinique et administratif dans les services;
- L'interdisciplinarité et la collaboration quotidienne évidentes dans la prestation des soins;
- La réactivité organisationnelle aux besoins complexes et grandissants d'une population multiculturelle et diversifiée;
- La mise en place de projets novateurs dans certains secteurs.

Notre organisation se servira de l'information contenue dans le rapport d'agrément et le plan d'amélioration de la qualité du rendement pour élaborer des plans d'action visant à continuer d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et services.

Évaluation de la qualité des milieux de vie

Au cours de l'année 2022-2023, le ministère a confié aux Directions de la qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique (DQEPE) de chaque CIUSSS le mandat de coordonner l'évaluation de la qualité des milieux de vie afin d'assurer une vigie et de mettre en place les éléments permettant d'assurer la qualité et la sécurité de ceux-ci. Dans notre CIUSSS, ce mandat est en train de se développer en collaboration avec les directions cliniques concernées qui avaient déjà, pour certaines d'entre elles, des mécanismes d'évaluation de la qualité des milieux de vie.

Il s'agira maintenant de développer des mécanismes propres au CIUSSS NIM et d'assurer une vigie en continu de la qualité des milieux de vie.

CHSLD publics

Pour l'année 2022-2023, le CHSLD Paul-Lizotte a reçu une visite ministérielle. L'objectif de cette visite était de réaliser un suivi et des vérifications sur les recommandations du rapport de visite ministérielle d'évaluation de la qualité du milieu de vie soumis en 2019 et sur le plan d'amélioration qui en a découlé.

Lors de la visite de suivi, le ministère a soulevé plusieurs améliorations au niveau de la qualité du milieu de vie, dont :

- La reprise des activités du comité milieu de vie;
- Le déploiement de la pratique de préposé aux bénéficiaires (PAB);
- La mise en place d'un mécanisme structuré d'évaluation du degré de satisfaction des résidents et de leurs proches;
- La bonification du programme d'accompagnement en soins palliatifs et de fin de vie;
- La réalisation d'interventions en soins palliatifs et de fin de vie en interdisciplinarité, incluant les proches;
- La complétion des formulaires « Histoires de vie » pour tous les résidents.

Pour l'ensemble des recommandations qui avaient été émises, des suivis restent à compléter pour certaines d'entre elles au plan d'amélioration. La Direction de l'hébergement, soutenue par la Direction de la qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique (DQEPE), développera un plan d'action découlant de ces recommandations.

Ressources intermédiaires (RI)

Pour la dernière année, un contrat avec une ressource intermédiaire (RI) arrivait à échéance. Il s'agit des résidences Garnier. Pour octroyer ce renouvellement, une évaluation selon 19 critères généraux établis par le ministère (selon le Cadre de référence des résidences intermédiaires) était requise. Une équipe interdisciplinaire réunissant la Direction adjointe des ressources non institutionnelles et la Direction des actifs immobiliers se sont mobilisées pour évaluer le niveau de conformité de ces deux établissements selon les critères ciblés.

À l'issue de ces visites et de vérifications administratives, hormis des recommandations visant le rehaussement de quelques aspects mineurs, le milieu a démontré être conforme à l'ensemble des critères.

Nous avons aussi concrétisé l'ouverture d'une nouvelle ressource intermédiaire sur le territoire de Montréal-Nord, la RI Le Beaulieu qui compte 25 lits dont 12 places qui sont consacrées à une unité prothétique.

Résidences privées pour aînées (RPA)

Un nouveau règlement sur la certification des résidences privées pour aînées (RPA) est entré en vigueur le 15 décembre 2022. Des mesures d'accompagnement ont été mises en place par la

Direction qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique (DQEPE) pour soutenir les RPA en vue d'une appropriation harmonieuse des nouveautés. Ces changements au règlement ont aussi amené des modifications aux catégories qui définissent les offres de services et le type de clientèle en RPA. L'ensemble des RPA pour lesquelles ce changement du règlement engendrait un changement de catégorie, ont reçu un certificat de conformité représentant leur nouvelle catégorie.

Présentement, le nombre de RPA certifiées sur le territoire du CIUSSS NIM s'élève à 44, incluant une nouvelle RPA qui a obtenu son attestation temporaire de conformité le 1^{er} décembre 2022.

Conformément au calendrier 2022-2023 des visites de vérification des conformités, 12 RPA du territoire du CIUSSS NIM ont reçu la visite d'Agrément Canada. Il s'agit de :

- Résidence Les Deux Aires
- Manoir Belle Époque
- Résidence Sault-au-Récollet
- Résidence Angelica Inc.
- Résidence Steger
- Manoir de Casson
- Résidences Soleil-Manoir Saint-Laurent
- Résidence Les Verrières du Golf
- Résidence Place St-Moritz
- Résidence Rosemont
- Manoir St-Joseph inc.
- Résidence Jardins Millen.

Les recommandations et suivis issus de ces visites concernent des critères sociosanitaires (seuil minimal, formations obligatoires, assurances, prestation sécuritaire des soins, etc.) et des normes d'exploitation (procédures, exigences administratives, etc.). Les certificats de conformité sont émis après la réalisation des plans d'action.

La Direction de l'inspection et des enquêtes (DIE) du ministère a effectué 18 visites d'inspection dans les RPA du territoire du CIUSSS NIM. En suivi de ces visites, la Direction de la qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique (DQEPE), la Direction du service à domicile et de proximité (DSADP) ainsi que la Direction des soins infirmiers (DSI) ont collaboré au développement et à la réalisation des plans d'action découlant des recommandations. Il s'agit des résidences suivantes :

- Habitations les II volets, Maison Saint-Étienne
- Manoir de Casson
- Résidence Steger
- Résidence Chartwell-Bois-de-Boulogne
- Résidence Elizabeth
- Manoir St-Joseph
- Résidence Rosalie-Cadron
- Résidence 6900 Papineau
- Résidence Parc Jarry
- Manoir Gouin
- Résidence Angelica
- Résidence Sault-au-Récollet
- Résidence Carrefour Rosemont
- Résidence Alfredo-Gagliardi
- Résidence Les Habitations Pelletier
- Résidence Les Cascades
- Résidence Complexe Gouin Langelier (deux visites)

Les principaux constats de la DIE concernent l'affichage de l'interdiction de fumer (tabac et cannabis), l'affichage de la politique de lutte contre la maltraitance et la reconnaissance des diplômes délivrés par des écoles de formation non reconnues.

Visites de vigie de la Direction qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique (DQEPE)

L'équipe de la DQEPE a réalisé 71 visites de différentes natures (inspections, vérifications/validations, suivis, etc.) au sein des RPA. Plusieurs d'entre elles se sont réalisées en collaboration avec la Direction adjointe des ressources non institutionnelles (DARNI) et la Direction des soins infirmiers (DSI) pour le volet clinique des visites.

Ainsi, indépendamment de l'objectif initial de ces visites, s'ajoute une appréciation systématique et globale de l'état des lieux et de la qualité des milieux de vie sous 3 axes :

- Hygiène, salubrité et sécurité des lieux;
- Atmosphère et ambiance générale du milieu;
- Présence d'activités de prévention au déconditionnement physique et mental des résidents.

Une échelle de cotation permet d'identifier les milieux qui nécessitent des suivis et actions prioritaires au terme des visites. Les enjeux relevés lors des visites ont fait l'objet de suivis et de correctifs de la part des RPA.

Sécurité et qualité des soins et services

Action de promotion, déclaration et divulgation des incidents et accidents

Pour l'année 2022-2023, nous observons une légère hausse du nombre de déclarations en comparaison aux deux dernières années. Cependant le nombre de déclarations reste inférieur aux années antérieures à 2020.

Pour les services présentant les diminutions les plus importantes de déclaration, des actions de sensibilisation ont été réalisées auprès des gestionnaires et des équipes cliniques.

Afin de renforcer les pratiques de déclaration des incidents et accidents, plusieurs démarches ont été entreprises au cours de la dernière année. Dans le cadre de la préparation à l'Agrément, de nombreuses présentations ont été faites auprès des équipes cliniques et des gestionnaires dans l'objectif de rappeler les bonnes pratiques de gestion des événements (incidents/accidents).

Désormais, une formation sur la déclaration est maintenant obligatoire dans la trousse de formation du nouvel employé.

En complément, l'équipe de la gestion des risques s'assure d'octroyer à tout nouvel employé les accès requis au Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS), l'application Web dédiée à la saisie des données lors d'un incident ou d'un accident dans la prestation des soins et des services. Ceci permet d'obtenir des données en temps réels et de tenir un registre local d'établissement CIUSSS. Cet arrimage est également en processus pour l'ensemble des médecins et résidents. Des accès aux capsules d'autoformation sont également disponibles à tous.

La tenue et l'exploitation du registre local des déclarations d'événements indésirables ainsi que le suivi de ces événements ont été assurés par la Direction de la qualité, évaluation, performance organisationnelle et éthique (DQEPE). Plusieurs tableaux facilitant le suivi et contribuant à la promotion de la déclaration d'incidents et d'accidents ont été ajoutés aux outils.

Le projet de décentralisation de la saisie des rapports d'incidents et d'accidents (AH-223) a repris activement au cours de l'année et a été complété au 31 mars 2023. Des séances d'informations ont été offertes auprès des gestionnaires et de leurs équipes afin d'accompagner dans cette transformation technologique pour la saisie des rapports d'incidents et d'accidents. De l'accompagnement individualisé a aussi été offert aux équipes. Celles-ci ont dorénavant les outils nécessaires pour être autonomes dans la complétion des rapports d'événements indésirables et ce, directement sur la plateforme du Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS). Ceci devient donc un outil pour les gestionnaires afin de suivre le portrait des déclarations d'incidents et d'accidents de leur secteur et prévoir les actions d'amélioration nécessaires.

Nature des trois principaux types d'incidents et d'accidents

Au cours de l'année 2022-2023, en date du 3 avril 2023, 12 427 déclarations ont été traitées par le service de gestion des risques, soit environ 240 déclarations de plus que l'année précédente. De ce nombre, 8,59 % sont des incidents (gravité A et B) dont les trois principaux types sont classifiés de nature *Autres, Traitement et Médication*, tel qu'indiqué dans le tableau qui suit. À elles seules, ces trois catégories représentent 5,71 % de l'ensemble des déclarations en matière d'incidents et accidents.

Nature des trois principaux types d'incidents (indices de gravité A et B)

Type d'événement	Nombre	% par rapport à l'ensemble des incidents	% par rapport à l'ensemble des événements
Autre	255	23,88 %	2,05 %
Traitement	254	23,78 %	2,04 %
Médication	201	18,82 %	1,62 %
Total des 3	710	66,48 %	5,71 %
Total CIUSSS A et B	1 068	100,00 %	8,59 %

Incident = situations à risque ou échappée belle, usager non touché

Parmi les 12 427 déclarations traitées en 2022-2023, 78,66 % sont des accidents (gravité C à I). Les trois principaux types d'accidents représentent 66,07 % de l'ensemble des déclarations en matière d'incidents et accidents et se répartissent comme suit :

Nature des trois principaux types d'accidents (indices de gravité C à I)

Type d'événement	Nombre	% par rapport à l'ensemble des accidents	% par rapport à l'ensemble des événements
Chute	5 630	57,60 %	45,30 %
Autre	1 328	13,59 %	10,69 %
Médication	1 253	12,82 %	10,08 %
Total des 3	8 211	84,01 %	66,07 %
Total CIUSSS C à I	9 775	100,00 %	78,66 %

Accident : action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur

Parmi les 12 427 déclarations traitées en 2022-2023, 1 584 déclarations n'avaient pas d'indice de gravité indiqué [analyse sommaire non complétée], soit 12,75 % des formulaires reçus.

La catégorie Autre regroupe plusieurs types d'événements, notamment :

- Tests diagnostiques
- Problème de retraitement et de dispositifs médicaux
- Problème de matériel/équipement/bâtiment/effet personnel
- Blessure d'origine connue
- Blessure d'origine inconnue
- Bris de confidentialité
- Erreur liée au dossier
- Fugue/disparition (encadrement intensif)
- Événement lié à l'identification
- Obstruction respiratoire
- Plaie de pression, de positionnement
- Tout événement ne correspondant pas aux catégories décrites précédemment
- Tentative de suicide ou suicide
- Trouvé en possession d'objets dangereux

Actions entreprises par le Comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement

Cette année, le comité de la gestion des risques a repris ses rencontres statutaires. Deux rencontres du comité ont eu lieu, soit en octobre 2022 et février 2023. Celles-ci ont permis de faire le point sur les événements sentinelles majeurs en cours ainsi que les dossiers du coroner.

D'autres sujets transversaux ont été traités tels la sécurité des installations et du personnel ainsi que le dossier du comité code bleu, en sachant qu'un code bleu est enclenché lors d'un arrêt cardiorespiratoire. Des retours sont aussi effectués sur les rapports trimestriels et annuels des incidents-accidents.

Événements sentinelles

Chaque année, un certain nombre d'incidents et accidents déclarés sont traités en événement sentinelle et bénéficient d'une analyse approfondie permettant de mettre en lumière les mesures à déployer afin d'éviter la récurrence de l'événement. Le terme événement sentinelle est utilisé pour désigner un événement qui demande une analyse approfondie parce qu'il révèle des failles dans un processus qui ont entraîné ou auraient pu entraîner des conséquences graves. Quatre types d'événements peuvent être qualifiés d'événements sentinelles :

- Type 1 : accident ayant entraîné des conséquences graves.
- Type 2 : incident ou accident qui aurait pu avoir des conséquences graves si la situation n'avait pas été récupérée à temps.
- Type 3 : incident ou accident qui s'est produit à plusieurs reprises, même si aucun n'est à l'origine de conséquences graves; sa fréquence élevée est révélatrice de failles dans les processus en cause qui seront, un jour ou l'autre, à l'origine d'une conséquence grave.
- Type 4 : accident qui a touché plusieurs usagers et dont les conséquences potentielles sont inconnues.

Voici les mesures mises en place par l'établissement relativement aux principales catégories d'incidents et accidents.

Événements liés aux médicaments

Les différentes rencontres d'analyse approfondie relative au dosage (omission et double dosage) ont permis de mettre en place les actions suivantes :

- Évaluer la faisabilité d'intégrer le module dysphagie à l'intégration des infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires.
- En oncologie, s'assurer de suivre de façon continue que la règle de soins sur la double vérification indépendante soit respectée lors de l'administration d'un médicament de chimiothérapie :
 - Élaborer des audits sur la double vérification indépendante (DVI) et la double vérification indépendante à la pompe (DVIP).
- En oncologie, s'assurer que la politique concernant les modalités régissant l'émission et l'exécution des ordonnances de chimiothérapie soit appliquée selon les normes :
 - Rappel au personnel infirmier sur l'importance de la double vérification et la révision du formulaire (FADM).
- S'assurer de la compréhension de chaque enseignement à l'usager sur l'utilisation de sa médication :
 - Créer un aide-mémoire pour les infirmières sur la validation de l'enseignement en appliquant la méthode d'intervention appelée « *Teach-Back* » (montrez-moi);
 - Diffuser l'aide-mémoire à l'équipe de l'unité ambulatoire de médecine interne (UAMI).

Événements liés aux chutes

Un événement sentinelle du CIUSSS a été déclaré suite à plusieurs accidents survenus pour la clientèle en ressources intermédiaires (RI). Plusieurs directions sont impliquées et sensibilisées aux nombres de chutes en RI pouvant être prévenues ou atténuées possiblement. Cet événement est également suivi au Comité de gestion des risques.

Les actions permettant de prévenir l'accident et améliorer la qualité des services aux usagers des RI visent à :

- Prévenir pour chaque usager le risque de déconditionnement physique;
- Évaluer le risque de chutes;
- Effectuer le suivi clinique lors d'une chute;
- Mettre à jour le risque de chute suite à une chute;
- Déclarer les incidents et accidents (AH-223).

Événements liés aux fugues

- S'assurer que les usagers portant un bracelet antifugue ne puissent pas quitter l'unité sans autorisation:
 - Vérification des procédures en place pour s'assurer que le bracelet antifugue est fonctionnel;
 - Diffusion des procédures et faire un rappel à l'ensemble du personnel en CHSLD sur leur rôle pour la prévention du risque de fugue pour les usagers ayant un bracelet antifugue.
- S'assurer que les portes et ascenseurs soient tous sécuritaires pour une clientèle à risque de fugue :
 - Sécurisation de l'ascenseur du service afin d'éviter les fugues et des portes de service non sécurisées;
 - Vérification, une fois par jour, par le personnel clinique de chaque étage des fonctionnalités des portes (issues de secours) et ascenseurs qui ont un système d'ouverture des portes (clavier à code);
 - Installation de détecteurs de bracelet antifugue à certaines portes menant à l'extérieur du bâtiment.
- S'assurer que les usagers à risque de fugue soient identifiés à la réception :
 - Ajout de la photo de l'utilisateur dans le cartable des usagers à risques.

Événements liés au code bleu

- Assurer la formation des infirmières de courte durée sur les situations en cas d'urgence (code bleu et RCR) :
 - Diffusion aux équipes de la nouvelle procédure sur le code bleu.
- Améliorer les communications entre les médecins et les infirmières en courte durée afin de donner un portrait global de l'état des usagers au personnel soignant :
 - Révision des rapports et outils de communication entre les médecins et les

infirmières.

Événements liés aux tentatives de suicide ou au risque suicidaire

- S'assurer de toujours inclure une copie de la feuille des effets personnels des usagers, ainsi que la feuille de triage MÉDURG, dans les dossiers des usagers.
- Rédiger un processus interne de fouille et saisie qui est claire et adapté pour la/les unité(s) hospitalière(s) concernée(s). Ce processus tient ses assises de la Politique d'établissement sur les fouilles et saisies sécuritaires et exceptionnelles (PO-10-007).

Traitement/intervention

- En bloc opératoire, s'assurer que les infirmières soient au temps d'arrêt pré et post opératoire nomment avec la précision du membre à opérer :
 - Présentation d'une capsule clinique rappelant l'importance des temps d'arrêt, pré et post chirurgicaux.
- S'assurer que le délai de réponse de l'infirmière responsable de l'utilisateur soit instantané de sorte à être joignable par l'infirmière affectée à la lecture des télémétries :
 - Port en tout temps du téléphone portable fonctionnel par une infirmière sur les unités où la surveillance télémétrique est offerte;
 - Rappel à toutes les infirmières dédiées à la surveillance de l'utilisateur qu'elles sont responsables de ce dernier jusqu'à ce que l'infirmière de l'unité soit avisée.

Événements liés au transport

- Sensibiliser le personnel dédié aux transports, aux bonnes pratiques concernant la livraison de commandes :
 - Rappel aux préposés des transports d'avertir, conformément aux directives, les membres du personnel de l'arrivée d'une commande et d'obtenir la signature sur les bons de commandes.

Prévention et contrôle des infections nosocomiales

À nouveau cette année, presque tous les efforts de l'équipe de prévention et contrôle des infections nosocomiales (PCI) ont été mis sur la gestion des vagues successives de la pandémie de COVID-19 et des multiples éclosions dans nos milieux de soins. L'équipe s'est concentrée sur la surveillance des cas et les enquêtes épidémiologiques afin d'assurer la sécurité des usagers et des employés.

Surveillance des infections nosocomiales

L'équipe a poursuivi l'ensemble des surveillances obligatoires liées aux infections nosocomiales en place : diarrhées à *Clostridium difficile* (DACD), bactériémies totales, bactériémies associées aux accès vasculaires en hémodialyse, bactériémies à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) et bacilles Gram négatif producteurs de carbapénémases (BGNPC).

De nouvelles surveillances ont été mises en place dont : la surveillance du *Candida auris*, la surveillance des infections de sites opératoires en neurochirurgie, la surveillance des cas des DACD et des BGNPC en hébergement.

Gestion des éclosions

Un fait à noter est qu'il y a peu d'éclosions associées à d'autres pathogènes que la COVID dans les centres hospitaliers et les centres d'hébergement. D'ailleurs, à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, il y a eu deux fois moins d'éclosion que l'année précédente. L'ouverture du centre intégré de traumatologie (CIT) au mois de juin 2022 et des modulaires (l'année précédente), qui ont seulement des chambres privées, a diminué la gestion des contacts de germes transmissibles dans les chambres multiples, ce qui a possiblement contribué à diminuer le risque de transmission des infections.

Une éclosion de *Streptococcus* du groupe A est survenue dans un de nos CHSLD, mais le travail d'équipe et la collaboration entre les différentes directions, a permis de maîtriser l'éclosion rapidement.

Maîtrise de l'infection

L'harmonisation des affiches de précautions additionnelles

L'harmonisation des affiches de précautions additionnelles utilisées pour identifier les usagers en isolement dans toutes les installations du CIUSSS a été complétée. L'harmonisation des protocoles de nettoyage et de désinfection associés aux types de précautions additionnelles a aussi été faite par le service d'hygiène et salubrité.

Maladies émergentes sévères infectieuses (MESI)

Suite à la pandémie, une refonte du comité des maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI) a été réalisée afin d'inclure tous les types de maladies émergentes (maladies respiratoires sévères, fièvres hémorragiques, etc.) et intervenir selon le mode de transmission et le risque pour les travailleurs de la santé. Le comité ainsi que des groupes de travail ont été mis en place (trajectoires, équipements de protection individuelle, protocoles et outils, gestionnaires de cas et formation).

Environnement

La contamination du réseau d'eau du nouveau centre intégré de traumatologie (CIT) par la *Legionella*, avant le déménagement des usagers, a nécessité l'implication de la Direction régionale de santé publique ainsi que la Chaire d'eau potable de l'Université de Montréal pour leur expertise. Plusieurs désinfections du réseau ont été nécessaires afin de rendre le réseau d'eau sécuritaire pour les usagers.

Principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art. 118.1 de la LSSSS)

La politique et les procédures de secteurs ont été approuvées et sont maintenant déployées et en cours d'utilisation. Elles sont disponibles, ainsi que les outils cliniques qui les accompagnent, sur l'intranet du CIUSSS.

La formation visant les professionnels des quatre missions a été développée et est maintenant déployée en continu. Elle fait partie du curriculum de formation lors de l'intégration de tous les employés visés par les procédures liées aux mesures de contrôle.

Un registre électronique de l'utilisation des mesures de contrôle a également été déployé pour nos centres hospitaliers (CH) et nos centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

Ce registre nous permettra de faire des analyses des utilisations des mesures de contrôle. L'utilisation de ce registre demeure à consolider dans certains secteurs pour s'assurer de la compilation rigoureuse des données liées à leur utilisation.

Un rapport trimestriel et annuel sur l'utilisation des mesures de contrôle (contentions, isolement et substances chimiques) en CHSLD et en CH est disponible. Il présente la compilation des données par trimestre et est produit en quatre phases au cours de l'année. L'objectif de ce rapport est de pouvoir comparer les données entre les trimestres, les programmes-services, les installations et les années antérieures pour faire ressortir des tendances afin de noter les bons coups ou d'apporter des améliorations.

La structure de gouvernance a été révisée et mise à jour afin de mieux répondre aux exigences, standards de soins et aux besoins des usagers et des équipes cliniques.

Comme perspective d'avenir, nous souhaitons consolider le travail en pratiques interdisciplinaires en matière de mesure de contrôle pour faciliter l'arrimage entre les différents professionnels impliqués dans l'évaluation et l'intervention liées à cette thématique. D'ailleurs, nous sommes en train de réviser les processus cliniques et administratifs concernant les pratiques liées aux mesures de contrôle dans le secteur de la déficience intellectuelle, des troubles du spectre de l'autisme et de la déficience physique (DI-TSA-DP) pour les usagers à domicile afin d'optimiser les liens entre ce secteur et le secteur du soutien à domicile.

Finalement, le CIUSSS a intégré le milieu carcéral depuis l'adoption de la politique et des procédures de secteur liées aux mesures de contrôle. Nous prévoyons des travaux pour intégrer ce secteur à la politique et pour développer une procédure spécifique au milieu carcéral pour encadrer la pratique des professionnels de soins afin d'assurer une surveillance conforme et sécuritaire lors de l'application des mesures de contrôle chez les usagers incarcérés en fonction des rôles et responsabilités établis.

Mesures mises en place par l'établissement à la suite des recommandations formulées par diverses instances

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

En cohérence avec l'approche collaborative privilégiée par le commissariat local aux plaintes et à la qualité des services (CLPQS), les mesures d'amélioration découlant de l'examen d'une plainte ou d'une intervention font habituellement l'objet d'engagements de la part des gestionnaires concernés. Les recommandations et engagements qui soulèvent des enjeux plus importants relativement au respect des droits et à la qualité des services font l'objet d'un suivi au comité de

vigilance et de la qualité (CVQ). Les dossiers qui ont été suivis par le CVQ jusqu'à la mise en place des mesures d'amélioration requises entre le 1^{er} avril 2022 et le 31 mars 2023 sont les suivants :

Programmes de santé physique générale et spécialisée

Mesures d'amélioration complétées en réponse aux recommandations :

- Mesures visant à maintenir les compétences du personnel infirmier, dans le cadre des chirurgies oculaires;
- Révision de la procédure d'intervention en cas d'extravasation de produit de contraste lors d'un examen en imagerie médicale;
- Application de la politique organisationnelle relative à la déclaration d'incidents et accidents;
- Mise en place de mesures visant à assurer la qualité et la sécurité de la surveillance clinique des parturientes qui ne sont pas en travail actif sur l'unité mère-enfant;
- Optimisation du processus de prise en charge d'un usager transféré entre deux installations de l'établissement;
- Mise en place d'un formulaire pour assurer la documentation du consentement éclairé aux frais associés aux lentilles ophtalmiques;
- Amélioration de la qualité des interventions pour prévenir, puis soigner une plaie de pression sur une unité de soins;
- Clarification des modalités relatives à la saisie et à la remise de certaines catégories d'effets personnels (armes blanches non prohibées);
- Amélioration de l'efficacité de la communication avec le référent et l'usager suite au refus de requêtes urgentes en imagerie;
- Clarification de la procédure d'escalade des communications par le personnel lors de complications majeures dans un contexte où le médecin n'est pas disponible;
- Intégration de la double identification dans les pratiques infirmières lors des traitements de chimiothérapie;
- Mise en place de mesures visant à favoriser le respect de la dignité, de l'intimité et de la confidentialité lors de l'annonce d'un diagnostic à un usager;
- Amélioration des pratiques liées à l'évaluation et à la gestion de la douleur;
- Clarification des responsabilités d'un centre médical privé sous entente de services avec le CIUSSS NIM, relativement à la déclaration des incidents et accidents;
- Amélioration de la qualité du processus de contrôle de sécurité chirurgicale;
- Révision du processus de commande des implants en orthopédie;
- Formalisation des normes relatives à la télésurveillance dans les salles d'isolement des centres hospitaliers, en respect de la dignité des usagers.

Programmes sociaux et réadaptation

Mesures d'amélioration complétées en réponse aux recommandations :

- Amélioration des pratiques relatives à la gestion des sondes urinaires, de la douleur et des plaies dans un centre d'hébergement;
- Mise en place d'une procédure pour assurer une intervention proactive, en cas de bris de continuité dans la transmission des fiches de référence par le 8-1-1;
- Clarification de la responsabilité du suivi d'un usager en attente d'hébergement, en transit dans un centre d'hébergement privé (lit acheté), lorsque deux CIUSSS montréalais sont impliqués;
- Mise en place de modalités pour assurer la continuité des services de soutien à domicile, pour un usager présentant des besoins intensifs et complexes;
- Amélioration du soutien offert aux proches suite à un geste à intention suicidaire d'un usager;
- Clarification, dans une ressource intermédiaire, des procédures relatives à l'intervention auprès d'une personne dont l'état de santé est préoccupant, ainsi que lors du transfert ambulancier;
- Rappel au personnel de leur obligation de signaler au CLPQS toute situation de maltraitance potentielle concernant un résident en situation de vulnérabilité en résidence privée pour aînés (RPA);
- Mesures pour assurer la conformité des ententes « RPA+ » (sous-traitance de services de soutien à domicile à une RPA);
- Révision des modalités de gestion des listes d'attente en soutien à domicile : clarification du rôle de la personne responsable de la gestion de la liste d'attente, modalités de gestion dynamique des priorités, gestion des requêtes infirmières en période d'attente, communication interprofessionnelle et information à l'utilisateur.

Direction des ressources financières et de la logistique

Mesures d'amélioration complétées en réponse aux recommandations :

- Annulation et révision de factures, en raison de non-conformité du consentement de l'utilisateur, ou d'informations erronées transmises par le personnel relativement aux frais associés aux services.

Direction des ressources humaines, des communications, des affaires juridiques et enseignement

Mesures d'amélioration complétées en réponse aux recommandations :

- Clarification du processus d'accueil des stagiaires en soins infirmiers.

Direction générale

Mesures d'amélioration complétées en réponse aux recommandations :

- Amélioration de l'accessibilité aux services d'interprétation pour la clientèle sourde ou malentendante.

Suivi des recommandations du médecin examinateur

À l'instar du suivi des recommandations du CLPQS, le suivi des recommandations des médecins examinateurs a été réalisé par le CVQ. Les dossiers qui ont été suivis par le CVQ jusqu'à la mise en place des mesures d'amélioration requises entre le 1^{er} avril 2022 et le 31 mars 2023 sont les suivants :

Mesures d'amélioration complétées en réponse aux recommandations :

- Amélioration des compétences d'un professionnel dans la prise en charge du diabète;
- Mise en place de modalités de surveillance de la qualité de la pratique d'un professionnel;
- Amélioration des communications aux usagers, notamment sur les délais à prévoir lors du report d'une chirurgie ou d'un transfert interhospitalier;
- Rappel relatif à l'importance d'assurer le respect de la dignité, de l'intimité et de la confidentialité lors de l'annonce d'un diagnostic à un usager;
- Amélioration des pratiques relatives à l'information transmise avant une procédure plus compliquée et risquée;
- Amélioration de la documentation relative aux chirurgies de la cataracte : développement de protocoles types et documentation détaillée des chirurgies complexes;
- Amélioration de la planification et de la gestion de la liste d'attente, ainsi que de la communication des délais d'attente prévisibles aux usagers, pour les chirurgies de cataractes;
- Amélioration de la qualité et de la continuité des services, notamment pour la gestion de la douleur, dans un contexte de soins palliatifs en CHSLD;
- Amélioration des pratiques des médecins relativement à l'obtention du consentement éclairé des usagers;
- Amélioration des communications avec la clientèle atteinte de COVID-19 : approche empathique, explications sur les risques et indications de consulter de nouveau;
- Amélioration des compétences relationnelles de professionnels, par le biais de formation;
- Révision et clarification de la procédure d'accès à certains médicaments dans le cadre d'une chirurgie (planification des médicaments qui pourraient être requis pour un usager avec allergies et efficacité de la communication interservices);
- Amélioration des communications avec les usagers transgenres;
- Rappel des modalités de soutien pour la gestion des discordances entre le niveau de soins souhaité par les proches d'un usager, et le niveau de soins jugé approprié par l'équipe soignante;
- Rappel de l'obligation des médecins d'assurer le suivi des résultats d'examen;
- Présentation clinique en réunion de service, comité morbidité-mortalité ou comité d'évaluation de l'acte médical pour revoir des situations cliniques problématiques :
 - Infection urinaire non diagnostiquée en raison des enjeux de suivi sécuritaire des résultats d'examen;
 - Hémorragie suite à la résection d'un polype durant une colonoscopie;

- Fractures de hanche non diagnostiquées à l'urgence;
- Insatisfactions à l'égard du choix du lieu d'hébergement et de la qualité des soins;
- Lacune au niveau du suivi d'une biopsie positive, ce qui a fait en sorte d'imposer une imposante batterie de tests à l'utilisateur;
- Contestation d'un usager relativement à la décision de congé médical et difficultés de communication avec l'équipe soignante, dans une situation complexe.

Suivi des recommandations du Protecteur du citoyen

Vingt-deux nouvelles recommandations ont été adressées à l'établissement au cours de l'exercice, dans six dossiers distincts. Deux de ces dossiers ne faisaient pas suite à l'examen en deuxième instance d'une plainte déjà examinée par le CLPQS, mais découlaient plutôt d'interventions initiées par le Protecteur du citoyen.

Les dossiers qui ont été présentés au CVQ au cours de l'exercice comme ayant été conclus à la satisfaction du Protecteur du citoyen concernaient les recommandations et mesures d'amélioration suivantes :

- Révision du mécanisme de suivi de la fonction d'infirmière au programme de soutien à domicile afin d'assurer la continuité des soins en l'absence du professionnel désigné pour cette fonction au dossier de l'utilisateur;
- Désignation pour un usager d'un intervenant psychosocial à titre d'intervenant pivot au dossier;
- Établissement d'un plan d'intervention assurant notamment la prise en charge des besoins psychosociaux et d'accompagnement d'un usager et la prise en charge de son besoin d'aide à l'hygiène des cheveux;
- Application du principe de gratuité aux activités de la vie quotidienne et aux activités de la vie domestique, tel que le stipule la Politique de soutien à domicile;
- Rappel au personnel infirmier de l'importance de prendre connaissance des résultats de laboratoire et des constats médicaux des usagers sous ses soins afin d'être en mesure d'adapter sa surveillance clinique;
- Rappel au personnel infirmier des situations cliniques nécessitant la mise en place d'un bilan sur les *ingesta* et les *excrétas*, et mise en place de mesures pour s'assurer que ces bilans sont faits;
- Rappel au personnel infirmier qu'il doit s'abstenir d'administrer tout médicament en cas de doute sur les risques encourus pour les usagers, qu'il doit communiquer ses constats au prescripteur et noter ses informations au dossier médical;
- Élaboration d'une politique sur la transmission de l'information aux points de transitions des usagers pour préciser les principes de base et les conditions nécessaires à respecter avant de procéder à un transfert; assurer lors d'un transfert interétablissements la transmission des informations sur l'état de l'utilisateur à celui qui le

prendra en charge au centre receveur;

- Rappel au personnel infirmier de l'importance de répondre aux prescriptions médicales concernant les exercices de spirométrie et de l'indiquer au dossier médical, même si la prescription est adressée à l'inhalothérapeute;
- Élaboration d'une politique sur la présence des familles, pour que la présence des personnes proches aidantes, partenaires de soins essentiels, soit favorisée et valorisée dès l'admission;
- Rappel au personnel concerné de la possibilité d'interpeller le récréologue ou de transmettre une requête professionnelle à l'intervenant en soins spirituels pour établir les possibilités de soutien aux personnes vulnérables hospitalisées.

À la dernière rencontre du CVQ au cours de l'exercice financier 2022-2023, l'établissement était en attente de la réponse du Protecteur du citoyen, quant à sa satisfaction des mesures mises en place à certaines recommandations :

- Rappel au personnel infirmier de l'importance de réaliser une évaluation initiale dès que possible après l'admission d'un usager afin d'évaluer l'ensemble de ses besoins et d'établir les priorités de soins de façon personnalisée;
- Rappel au personnel soignant de l'importance de faire preuve de diligence dans l'application des recommandations des professionnels en ergothérapie concernant l'installation des surfaces thérapeutiques;
- Rappel au personnel soignant relativement au rôle essentiel de chacun des intervenants (préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires, infirmières) dans la prévention et la détection des plaies de pression des personnes hospitalisées;
- Mise en place de mesures pour s'assurer que les personnes transférées dans une place d'hébergement transitoire reçoivent en tout temps les soins et les services requis par leur condition (audits sans préavis, suspension des activités prévues à l'entente le temps d'une enquête, registre des problèmes et suivis avec la ressource, intervenante réseau sur place, etc.);
- Mise en place de modalités, via les ententes contractuelles, pour s'assurer que les installations retenues en vue d'un hébergement transitoire sont en mesure de fournir le matériel médical requis par l'état de santé de l'utilisateur et la fourniture par le CIUSSS NIM au besoin;
- Rappel au personnel infirmier de l'urgence qu'il a l'obligation d'informer la famille dans les plus brefs délais lorsqu'une mesure de contrôle est utilisée et de consigner l'information au dossier;
- Vérification, notamment par un audit de dossiers, que le personnel des soins intensifs maîtrise l'application des mesures de contrôle en conformité avec la Politique sur

l'application exceptionnelle, judicieuse et sécuritaire des mesures de contrôle : contentions, isolement et substances chimiques.

Coroner

Pendant l'année 2022-2023, le CIUSSS NIM a pris connaissance de 1 830 rapports reçus via la liste de distribution du Bureau du coroner.

- 3 s'adressaient au CIUSSS et comportaient des recommandations;
- 17 s'adressaient au CIUSSS et ne comportaient aucune recommandation;
- 65 rapports s'adressant à d'autres CIUSSS ont été retenus et acheminés aux directions et services concernés du CIUSSS dans un but d'amélioration continue;
- 9 étaient adressés à tout le réseau de la santé et des services sociaux et le CIUSSS NIM en a appliqué les recommandations;
- 1 731 rapports envoyés à l'ensemble du réseau, qui ne comportaient aucune recommandation pour notre CIUSSS.

Voici un résumé des deux catégories de recommandations adressées à l'établissement.

Chutes

Recommandations (1) :

- Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal (HSCM) : Assurer la mise en œuvre de ce qui est prévu au « programme de prévention des chutes » de cette installation pour ainsi procéder systématiquement à une évaluation du risque de chute de façon hebdomadaire et ainsi dès qu'un changement affectant l'autonomie d'une personne qui occupe un lit de soins palliatifs est noté pour que la sécurité demeure au cœur des soins de ces personnes extrêmement vulnérables et ainsi, respecter la trajectoire de fin de vie attendue.

Résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations :

- Effectuer des rappels auprès du personnel sur les modalités prévues dans le programme d'évaluation du risque de chute à HSCM et sur l'utilisation adéquate du tableau de suivi clinique;
- Assurer le lien avec le secteur responsable de la gestion des lits afin de sectoriser les admissions en soins palliatifs;
- Réviser les routines d'élimination pour les usagers ne pouvant se lever seuls.

Recommandations (2) :

- S'assurer d'effectuer une évaluation du risque de chute pour tous les patients à l'admission sur des unités qui n'ont pas une vocation où les chutes sont fréquentes et d'intégrer les résultats de l'évaluation au plan thérapeutique infirmier (PTI) du patient;
- S'assurer que tout le personnel infirmier, particulièrement les nouveaux employés, soit formé sur l'existence des différentes grilles d'évaluation de risque lors de leur orientation ainsi qu'à la mise à jour de ces grilles lorsqu'une chute survient.

Résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations :

- Réaliser des travaux d'harmonisation des programmes de prévention des chutes au sein du CIUSSS NIM;
- S'assurer que l'ensemble du personnel infirmier soit formé sur le programme de prévention des chutes;
- S'assurer que le personnel soit formé sur les mesures préventives universelles;
- Avec de l'accompagnement clinique, déployer la grille d'évaluation Échelle de Morse à l'hiver 2023 et dépister tous les usagers de 65 ans et plus à l'admission, puis tous les 7 jours minimalement, lors d'un changement de l'état de santé et suite à une chute.

Cheminement des usagers

Recommandation :

- Déterminer si des améliorations doivent être apportées concernant l'admission des usagers avec des besoins d'accompagnement physiques qui sont dirigés en ressources intermédiaires afin d'assurer que ces usagers reçoivent les soins et services auxquels ils ont droit.

Résumé des mesures mises en place pour donner suite aux recommandations :

- Valider la mise en place des mesures à l'admission prévues pour répondre au risque de chute préalablement identifié :
 - Marchette à la portée de l'utilisateur
 - Lumière allumée à la toilette
 - Assignation d'une chambre à proximité du poste infirmier, etc.
- Valider les procédures actuellement en place en ressources intermédiaires lorsque des mesures supplémentaires doivent être apportées afin de prévenir les chutes :
 - Demander une surveillance aux heures
 - Demander un préposé aux bénéficiaires volant sur les étages
 - Mettre à disposition une chaise d'aisance à côté du lit, etc.
- Élaborer un plan d'amélioration qui regroupe des éléments en lien avec l'harmonisation de certains outils de prévention et gestion des chutes, des activités de formation ainsi que des actions précisant la valorisation de l'implication de l'utilisateur et ses proches dans la prévention et la gestion des chutes.

Le nombre de mises sous garde dans un établissement selon la mission

Mises sous garde du 1^{er} avril 2022 au 31 mars 2023

Installation	Total établissement Mission CH
Mise sous garde	
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	Données non disponibles au Service des affaires juridiques
Nombre de demandes (requêtes) de mise sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	889
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	843
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	792
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	756

L'examen des plaintes et la promotion des droits

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est nommée par le conseil d'administration. Elle est responsable du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. Elle a, entre autres mandats, les responsabilités suivantes :

- Appliquer la procédure d'examen des plaintes;
- Examiner les dossiers qui lui sont soumis et rendre des conclusions motivées dans les 45 jours suivant le dépôt de la plainte;
- Assister ou veiller à ce qu'une assistance soit prêtée aux usagers;
- Intervenir, de sa propre initiative ou sur signalement, lorsqu'elle a des motifs de croire que les droits des usagers ou d'un groupe d'usagers ne sont pas respectés;
- Recevoir tous les signalements effectués dans le cadre de la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne en situation de vulnérabilité*;
- Donner son avis sur toute question de sa compétence.

Les moyens utilisés par l'établissement pour permettre à la population d'accéder au rapport annuel de l'établissement portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits sont les suivants :

- Site Web du CIUSSS NIM (www.ciuSSSnordmtl.ca), section [Satisfaction des services](#);
- Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services;
- Activités de promotion et d'information dans les différentes installations du CIUSSS NIM.

L'information de la population

Le CIUSSS NIM déploie un ensemble d'outils et met en œuvre des activités pour informer la population de son territoire de façon continue et pour la consulter afin de mieux comprendre ses besoins et adapter son offre de services.

Campagne de dénombrement des personnes en situation d'itinérance

En novembre 2023, le CIUSSS NIM a participé à la grande opération de dénombrement des personnes en situation d'itinérance organisée à travers le Québec, permettant d'actualiser nos connaissances, de mieux comprendre la complexité de l'itinérance afin d'améliorer notre offre de services. Plus de 100 personnes provenant de diverses directions se sont portées volontaires pour y participer.

Campagne multicanale de promotion

En hébergement

Notre CIUSSS a réalisé un travail d'harmonisation des visites de préadmission en hébergement pour qu'elles soient dorénavant assumées par les agentes administratives. Nous avons alors conçu plusieurs outils pour qu'elles puissent informer les usagers et leurs proches et faire le lien avec le personnel en travail social.

En bénévolat

Nos bénévoles répondent non seulement à des besoins généraux dans les installations du CIUSSS NIM, mais aussi à des situations particulières comme par exemple de combler les besoins d'achats personnels des résidents sans famille ou sans réseau social, dans le cadre du projet « Un million de sourires ». Pour la campagne de recrutement, nous avons ainsi réfléchi et créé des outils basés sur le recrutement par compétence et d'autres pour la tenue de kiosques à l'interne et l'externe. Nous avons aussi réalisé une campagne médias sociaux pour divers groupes cibles.

Médias sociaux et site Internet du CIUSSS

Grâce au site Internet et aux médias sociaux du CIUSSS NIM, nous faisons rayonner les projets de notre organisation et de nos équipes et faisons connaître nos services à la population.

Cette année, nous franchissons le cap des 20 350 abonnés sur LinkedIn. Sur Facebook, le nombre d'abonnés a progressé de 15 % en 2022. L'une des meilleures publications était au sujet du premier bébé né à la nouvelle Maison de naissance Marie-Paule-Lanthier. Elle a enregistré plus de 52 000 vues.

Nous avons créé une section Web pour les professionnels en traumatologie pour un meilleur partage des connaissances auprès des experts. En effet, étant l'un des plus importants centres ultraspecialisés dans son domaine au Québec, le Centre intégré en traumatologie (CIT) de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal est le seul centre de traumatologie adulte affilié à l'Université de Montréal, ainsi que l'unique centre d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'Ouest du Québec.

Relations avec les médias

L'année 2022-2023 a été prolifique pour les relations avec les médias de notre établissement. Véritable réussite, la série documentaire « CHSLD au front », qui avait été entièrement tournée au CHSLD Notre-Dame-de-la-Merci l'année précédente, a remporté trois prix lors de la 37^e édition des prix Gémeaux 2022. Fort de cette expérience, le CIUSSS NIM a accepté d'agir à titre d'hôte de la 9^e saison de la célèbre série « De Garde 24/7 », dont la diffusion est prévue pour la rentrée 2023. La série est actuellement en tournage à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal. Plusieurs reportages informatifs pour la population ont été réalisés, mettant de l'avant les avancées en médecine et le travail de nos chercheurs. Citons l'exemple de l'implantation, pour la première fois au Québec à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, d'une nouvelle technologie d'hémodynamie assistée par intelligence artificielle permettant de débloquer plus rapidement et avec plus de précision les artères coronaires obstruées. Ces projets, en plus de faire rayonner l'expertise et les compétences des équipes de soins, contribuent à renforcer le lien de confiance de la population envers le réseau public de la santé.

Centre d'information

L'équipe du Centre d'information à la population du CIUSSS NIM poursuit son mandat d'accompagnement de la population du territoire dans sa recherche d'information. Des soins à domicile aux services de périnatalité, en passant par les questions de nos usagers sur les services courants offerts en CLSC, nos agentes administratives couvrent près de 400 sujets différents et traitent en moyenne entre 1 300 et 1 500 appels par jour.

Diffusion d'information aux usagers et à la population

Des fiches et des guides d'informations sont produits à l'intention des usagers et de leurs familles. Ces outils contiennent des informations fiables, développés par des experts, afin de permettre une meilleure prise en charge aux personnes qui les consultent. Ainsi, un guide sur les lésés médullaires et 13 documents informationnels ont été produits par le Centre d'expertise de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal, en collaboration avec le service des communications, pour les personnes ayant une lésion médullaire (traumatisme à la moelle épinière).

Afin d'améliorer la connaissance de nos services auprès de la population de notre territoire, nous avons poursuivi nos actions de communications auprès de nos partenaires internes et externes. Citons par exemple la distribution de 28 000 dépliants portant sur les services à la population auprès des établissements scolaires, des bureaux de circonscription et dans les installations des arrondissements.

Nous avons poursuivi la publication régulière de notre infolettre à la population, à raison de 10 numéros en 2022-2023. Cette infolettre offre aux abonnés des conseils sur leur santé et leur mieux-être tout en les informant sur les ressources disponibles dans la communauté et sur l'accès aux services de santé et services sociaux dans nos installations.

Séances publiques du conseil d'administration

En plus des séances régulières tenues tous les deux mois par notre conseil d'administration, où la population est invitée à discuter de ses préoccupations avec les membres du conseil et la direction de notre établissement, une séance publique d'information a lieu à l'automne 2022 pour présenter le bilan des activités du CIUSSS pour l'exercice 2021-2022.

La consultation de la population

Partenariat avec les usagers

Le CIUSSS NIM reconnaît l'importance du partenariat avec les usagers et s'engage à impliquer et faire participer des usagers partenaires pour améliorer la prestation et l'organisation des soins et des services. Le partenariat avec les usagers vise à valoriser la voix des usagers et des proches aidants et particulièrement leurs savoirs expérientiels. Depuis 2015, le CIUSSS NIM a mis en place le programme usagers partenaires soutenu par la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance organisationnelle et de l'éthique (DQEPE). Le programme usagers partenaires vise à intégrer des usagers dans diverses activités organisationnelles visant à améliorer nos soins et nos services et faire participer les usagers comme des parties prenantes à l'amélioration continue.

Le programme usagers partenaires a connu cette année un regain d'intérêt important. Après que la pandémie de COVID-19 ait entraîné une suspension de nombreuses activités de partenariat, le programme usagers partenaires a été à nouveau mis de l'avant et des efforts ont été déployés pour mieux le structurer et en faire la promotion. Plusieurs activités ont été réalisées en ce sens. Des sondages ont été conduits pour recenser nos usagers partenaires ainsi que les projets dans lesquels ils sont impliqués. Des trousseaux contenant des informations et des outils ont été développés par la DQEPE pour soutenir les équipes dans le recrutement et l'intégration des usagers partenaires pour leurs projets. Un plan de communication pour faire la promotion du partenariat a aussi été enclenché pour ce printemps 2023. Des formations ponctuelles et personnalisées ont été offertes au sein de nombreuses équipes à divers niveaux. Nos usagers partenaires ont également participé à des activités de formation à l'interne, mais aussi à l'international lors d'une conférence organisée avec une firme d'architecture en France lors de laquelle le projet de modernisation de l'urgence de l'Hôpital Fleury a pu rayonner.

Nos activités de promotion et d'accompagnement ont permis de réaliser plusieurs bons coups et d'intégrer des usagers partenaires dans des projets d'envergure et d'intérêts majeurs. Notons les comités du guichet d'accès jeunesse et du guichet d'accès pour adultes, le comité d'amélioration continue du Groupe de médecine de famille universitaire Sacré-Cœur. La direction du CIUSSS NIM a également intégré une usagère partenaire au sein du comité de direction, ce qui représente une pratique innovante et exemplaire au Québec. Le comité de coordination clinique du dossier de santé numérique (DSN) a aussi recruté trois usagers partenaires pour un projet d'innovation qui transformera le dossier patient. En plus de ces nouvelles initiatives, plusieurs autres incluent des usagers partenaires depuis quelques années : le comité d'information aux usagers et à leur famille, le comité d'éthique clinique, le groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) en lien avec les soins de fin de vie, les comités pour le cancer, le comité de développement durable ainsi que les comités

pour des projets d'infrastructure dont la maison alternative, la maison de naissance ou encore le comité de modernisation de l'urgence de l'Hôpital Fleury. Plusieurs autres initiatives pour développer le partenariat avec les usagers restent encore à venir.

Sondage d'opinion auprès de la population

Dans le cadre du cycle d'Agrément en cours et qui se conclut à la fin de cette année 2023, nous avons été appelés à réaliser le sondage sur l'expérience de l'utilisateur. C'est un sondage réalisé par Agrément Canada dont l'objectif est d'obtenir une mesure organisationnelle de référence de l'expérience vécue par les usagers lorsqu'ils reçoivent des soins et des services dans notre établissement. Ce sondage inclut tous les programmes-services et vise l'ensemble des usagers.

Ainsi, du 1^{er} mai au 30 juin 2022, le CIUSSS NIM a participé au déploiement provincial du sondage dans l'optique de recueillir directement des commentaires au sujet du vécu personnel des usagers dans nos programmes-services; faire rayonner les forces et les réussites; cerner les points d'amélioration et prioriser les efforts des services et contribuer à l'évaluation provinciale de l'expérience des usagers du réseau de la santé et des services sociaux.

Considérant le faible taux de participation au sondage pour notre établissement, les données étaient difficilement interprétables. Nous envisageons ainsi de travailler à une stratégie pour recueillir l'expérience des usagers et nous poursuivrons les discussions avec Agrément Canada pour la bonne réalisation des sondages futurs.

6. L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie

Le groupe interdisciplinaire de soutien pour l'aide médicale à mourir (GIS) a tenu cinq rencontres dans l'année. Il a poursuivi son mandat qui est de :

- Soutenir les médecins et les équipes interdisciplinaires dans le cheminement de toute demande d'aide médicale à mourir (AMM), aussi bien dans l'établissement que dans le territoire du CIUSSS, par :
 - La transmission de l'information sur le processus et les protocoles cliniques;
 - Le soutien de proximité aux professionnels dans la réponse et dans le traitement d'une demande;
 - L'élaboration et la bonification d'outils clinico-administratifs en soutien au traitement d'une demande.

Un sous-comité du GIS « Éthique et aide à la décision » a été créé et a tenu deux rencontres dans l'année. Son mandat est de :

- Soutenir individuellement les médecins et les équipes interdisciplinaires en lien avec les différents enjeux éthiques de certaines demandes d'aide médicale à mourir.

Faits saillants

En comparatif de l'année 2021-2022 :

Soins palliatifs et de fin de vie

- Légère diminution du nombre de personnes desservies en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés :
 - Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal et Hôpital Jean-Talon : baisse de 2,8 %; (796 en 2021-2022).
- Diminution du nombre de personnes admises à l'unité des soins palliatifs Gracia : baisse de 13 % (267 en 2021-2022). Cette baisse pourrait s'expliquer par une augmentation de la durée moyenne de séjour de 17 à 21 jours.
- Légère augmentation du nombre de personnes desservies à domicile : hausse de 1,5 % (863 en 2021-2022).

Aide médicale à mourir et sédation palliative continue

- Augmentation des sédations palliatives continues administrées : de 33 en 2021-2022 à 36 en 2022-2023 : hausse de 9 %;
- Augmentation du nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées : 96 demandes en 2021-2022 à 135 en 2022-2023 : hausse de 41 %;
- Augmentation du nombre d'aides médicales à mourir administrées : de 50 en 2021-2022 à 67 en 2022-2023 : hausse de 34 %;

- Légère diminution de la proportion des aides médicales à mourir administrées sur le nombre de demandes formulées : de 52 % en 2021-2022 à 50 % en 2022-2023;
- Augmentation des demandes d'informations par les intervenants pour AMM : de 21 en 2021-2022 à 96 en 2022-2023 : hausse de plus de 400 % (pourrait s'expliquer par le besoin d'information des intervenants et de l'augmentation des demandes des usagers suite aux changements législatifs).

L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie (1^{er} avril 2022 au 31 mars 2023)

Activité	Information	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et Hôpital Jean-Talon)	777
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (Soins palliatifs Gracia) ¹	231
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	876
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs	S/O
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées ²	36
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	135
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées ³ (8 demandes d'aide médicale à mourir ont été formulées en 2021-2022)	67
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées ⁴ (11 demandes d'AMM signées en 2022-2023 et toujours en cours pour 2023-2024)	65

(1) Depuis le 23 novembre 2021, le permis du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal a été modifié pour permettre l'exploitation de 18 lits de gériatrie (mission centre hospitalier de soins généraux et spécialisés) au sein de l'installation Soins palliatifs Gracia.

(2) Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (excluant Soins palliatifs Gracia) : 12
Soins palliatifs Gracia : 16
Domicile : 2
CHSLD : 6

(3) Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (excluant Soins palliatifs Gracia) : 24
Soins palliatifs Gracia : 22
Domicile : 17
Centre d'hébergement et de soins de longue durée : 4

(4) Ne répond pas aux critères : 15
Décédé : 20
Devenu inapte en cours d'évaluation : 10
Demande retirée pour une autre option thérapeutique : 20
Demande toujours en cours d'évaluation au 31 mars : 11

7. Les ressources humaines

Répartition de l'effectif au 31 mars 2022 par catégorie de personnel

	Nombre d'emplois au 31 mars 2022			Nombre d'ETC en 2021-2022		
	2022	2022 COVID	2022 Total	2022	2022 COVID	2022 Total
1 - Personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires	3 640	76	3 716	2 848	62	2910
2 - Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	3 925	339	4 264	3 112	298	3 410
3 - Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 726	193	1 919	1 435	162	1 597
4 - Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	1 748	33	1 781	1 459	35	1 494
5 - Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales *	99	3	102	80	5	85
6 - Personnel d'encadrement	395	2	397	391	3	394
7 – Personnel embauché temporairement par arrêté ministériel	-	59	59	1	62	63
Total	11 533	705	12 238	9 326	626	9 952

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

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

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

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

	Comparaison sur 364 jours pour 2022-2023		
	Du 2022-03-27 au 2023-03-25		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées
1 - Personnel d'encadrement	715 980	4 541	720 521
2 - Personnel professionnel	2 171 081	21 278	2 192 358
3 - Personnel infirmier	5 347 917	424 565	5 772 482
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	7 814 789	441 227	8 256 016
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	1 831 390	108 929	1 940 320
6 - Étudiants et stagiaires	58 536	860	59 396
Total 2022-2023	17 939 694	1 001 399	18 941 093
Total 2021-2022			19 529 163

Cible 2022-2023	18 913 124
Écart	27 969
Écart en %	0,1 %

La gestion et le contrôle des effectifs pour l'établissement public

Dans le cadre de l'application de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État (LGCE), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) transmet à l'établissement le niveau d'heures rémunérées à respecter. Pour l'année 2022-2023, l'établissement présente un dépassement de 0,1 % à la cible fixée par le Conseil du trésor, soit 27 969 heures. La reprise des activités régulières, à compter de l'automne, explique l'écart à la cible prévue.

Le MSSS a ajusté la cible de l'organisation à la baisse de 616 039 heures, notamment pour reconnaître un estimé des impacts découlant de la fin de l'urgence sanitaire, des développements et de la pénurie de main-d'œuvre.

La diminution des heures réelles s'explique en grande partie par une décroissance des heures consacrées à l'urgence sanitaire combinée à la reprise progressive des activités régulières et aux développements de services accordés par le ministère. L'impact de la fin de l'urgence sanitaire se reflète particulièrement dans les sous-catégories d'emploi 4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé et 5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service.

Compte tenu de la pénurie de main-d'œuvre actuelle dans le réseau, l'établissement a dû recourir davantage à la main-d'œuvre indépendante et au temps supplémentaire. L'établissement poursuit ses mesures mises en place pour accroître l'embauche, diminuer l'absentéisme et promouvoir les retours au travail; ce qui permet par ailleurs de maintenir un taux bas d'assurance salaire.

8. Les ressources financières

L'utilisation des ressources budgétaires et financières par programme-service

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variations des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	Écart*	%**
Programmes-services						
Santé publique	82 783 759 \$	5,78	31 495 279 \$	2,43	(51 288 480) \$	-61,95
Services généraux, activités cliniques et d'aide	49 291 041 \$	3,44	51 491 405 \$	3,97	2 200 364 \$	4,46
Soutien à l'autonomie des personnes âgées – Volet hébergement	215 190 271 \$	15,03	208 137 504 \$	16,06	(7 052 767) \$	-3,28
Soutien à l'autonomie des personnes âgées – Soutien à domicile et autres	93 287 860 \$	6,52	91 071 481 \$	7,03	(2 216 379) \$	-2,38
Déficience physique	18 530 350 \$	1,29	16 908 093 \$	1,30	(1 622 257) \$	-8,75
Déficience intellectuelle et troubles du spectre de l'autisme (TSA)	8 330 839 \$	0,58	8 906 842 \$	0,69	576 003 \$	6,91
Jeunes en difficulté	10 732 771 \$	0,75	12 635 227 \$	0,97	1 902 456 \$	17,73
Dépendances	721 746 \$	0,05	820 047 \$	0,06	98 301 \$	13,62
Santé mentale	95 726 858 \$	6,69	98 107 114 \$	7,57	2 380 255 \$	2,49
Santé physique	451 131 509 \$	31,51	464 060 199 \$	35,81	12 928 690 \$	2,87
Programmes-soutien						
Administration	168 893 142 \$	11,80	103 765 520 \$	8,01	(65 127 622) \$	-38,56
Soutien aux services	113 005 964 \$	7,89	108 459 056 \$	8,37	(4 546 908) \$	-4,02
Gestion des bâtiments et des équipements	124 183 216 \$	8,67	100 200 697 \$	7,73	(23 982 520) \$	-19,31
Total	1 431 809 326 \$	100,0	1 296 058 463 \$	100,0	(135 750 864) \$	

* Écart entre les dépenses de l'année antérieure et celles de l'année financière terminée.

** Résultat de l'écart divisé par les dépenses de l'année antérieure.

À noter que les variations de dépenses à la baisse sont expliquées par la fin de la crise pandémique et l'impact de la rétroactivité salariale dans les dépenses de l'exercice précédent. Pour plus d'information sur les ressources financières, le lecteur peut consulter les états financiers du rapport financier annuel AS-471 publié sur le site Internet du CIUSSS (www.ciussnordmtl.ca).

L'équilibre budgétaire

L'exercice financier 2022-2023 a été marqué par la fin de la crise pandémique bien que l'impact de celle-ci se soit fait sentir tout au long de l'année dans le maintien de mesures de prévention et de contrôle des infections. Aussi, certaines dépenses non salariales ont grandement été affectées par l'indice des prix à la consommation (IPC) qui a augmenté au-delà de l'indexation annuelle consentie. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a donc soutenu les établissements pour compenser l'impact de ces éléments.

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 frais et dépenses en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice.

L'établissement présente au 31 mars 2023 un résultat global en surplus (exploitation et immobilisations) de 85 140 632 \$, et par conséquent, respecte l'obligation légale. Ce résultat est réparti de la façon suivante :

- Le résultat du fonds d'exploitation, indiqué à la page 200 du rapport financier annuel AS-471, présente un excédent des revenus sur les charges de 136 870 \$.
- Le résultat du fonds d'immobilisations se solde quant à lui par un surplus de 85 003 762 \$, expliqué par l'application au 1^{er} avril 2022 du chapitre SP3280 « Obligations liées à la mise hors service d'immobilisations » du manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public. Une subvention du MSSS de 85 720 076 \$ a été comptabilisée, en contrepartie de charges équivalentes, ajustées directement aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'immobilisations.

Les contrats de service

Contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus conclus entre le 1^{er} avril 2022 et le 31 mars 2023

Type de contrats de service	Nombre	Valeur
Contrats de service conclus avec une personne physique ¹	10	1 098 033 \$
Contrats de service conclus avec un contractant autre qu'une personne physique ²	320	74 060 314 \$
Total	330	75 158 347 \$

(1) Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non, exploitant ou pas une entreprise individuelle.

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

9. Les ressources technologiques et informationnelles

Nous poursuivons nos efforts pour moderniser nos installations. Ainsi, au cours de l'année 2022-2023, les équipes des ressources informationnelles ont finalisé le déploiement du réseau sans-fil dans l'ensemble des CHSLD du CIUSSS NIM, offrant à nos cliniciens et employés un réseau fiable et accessible pour soutenir leurs activités. Il s'ajoute au réseau existant dédié aux usagers et visiteurs.

Par ailleurs, de nombreuses solutions et équipements informatiques ainsi que des systèmes multimédias ont été déployés dans les divers secteurs cliniques du nouveau Centre intégré de traumatologie. Nous avons aussi procédé à une mise à niveau du système téléphonique du Centre d'hébergement Notre-Dame-de-la-Merci ainsi que de celui des centres d'appels pour faciliter la gestion des files d'attente téléphoniques, sans oublier le déploiement de la fibre optique dans toutes nos installations.

Le CIUSSS NIM s'apprête à vivre une importante transformation numérique avec la préparation du déploiement du dossier santé numérique (DSN). Pour ce faire, des travaux sont en cours pour unifier les systèmes d'information et préparer l'organisation à ce projet ambitieux.

La sécurité des données demeure aussi l'une des priorités du CIUSSS NIM. Nous continuons de mettre en place différentes mesures de sécurité informationnelle pour prendre en charge les cybermenaces éventuelles.

En télésanté

L'équipe télésanté a développé une politique encadrant la pratique de la télésanté. L'objectif est d'assurer une utilisation pérenne selon les meilleures pratiques tout en facilitant l'accès aux services de soins et de services sociaux. Cette politique permet aussi d'assurer un contrôle de la qualité et de la gestion des risques quant à l'utilisation de la télésanté. Conjointement à cette politique, un comité tactique en télésanté a été mis en place et se tient trois fois par année.

Cette année a aussi été marquée par la visite d'Agrément Canada qui évaluait pour la toute première fois la télésanté dans notre organisation. La préparation à la visite du 16 janvier dernier a permis de consolider l'équipe télésanté et de mettre en lumière les éléments qui feront partie du plan d'action pour l'année à venir. Parmi ces éléments, nous comptons le développement d'un cadre de référence en télésanté et l'approfondissement d'un processus de contrôle de la qualité et de la gestion des risques.

La dernière année a aussi vu se développer le projet test de télésurveillance sur le territoire Villeray-La Petite-Patrie. Ce projet financé par la Fondation Jean-Talon a impliqué la mise en place de deux trajectoires dans les équipes des soins à domicile. La première trajectoire, la téléassistance en soins de plaies, consiste à intégrer la technologie pour soutenir l'expertise en soins de plaies de l'infirmière des soins à domicile et développer celle de l'utilisateur. La seconde a impliqué le déploiement de tablettes électroniques (iPad) et d'objets connectés (saturomètre et tensiomètre) chez des usagers suivis pour des maladies chroniques. L'objectif est de maintenir un suivi à domicile sécuritaire tout en favorisant l'autoprise en charge et en limitant les déplacements.

Au niveau provincial, le projet de déploiement de la Plateforme de soins virtuels (PSV) a commencé et suivra son cours lors de la prochaine année. Cette plateforme vise à améliorer l'accès à la dermatologie et à favoriser la prise en charge des usagers dès leur consultation avec leur médecin de famille.

En génie biomédical

Encore cette année, les équipes en génie biomédical présentent une performance exemplaire en exploitant de manière efficiente des enveloppes budgétaires d'immobilisation du ministère. Effectivement, le CIUSSS NIM demeure dans le top 5 des établissements du réseau de la santé assurant l'utilisation la plus importante des enveloppes budgétaires de maintien d'actifs pour les équipements médicaux. Nos professionnels et techniciens ont su assurer la mise en service de ces nombreux équipements médicaux tout en maintenant leur efficacité reconnue en maintenance corrective et préventive pour l'ensemble du parc d'équipements médicaux. Ils ont réalisé ou finalisé des projets pour plusieurs secteurs cliniques et de diverses envergures, dont le déploiement des nombreux équipements médicaux au Centre intégré de traumatologie, le remplacement de plus de 250 lits médicaux et civières en hébergement et en milieu hospitalier, le remplacement de trois microscopes chirurgicaux spécialisés dans nos blocs opératoires et d'un tomodynamomètre à l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal.

10. État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant

État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2023
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers				
Lors de l'exercice se terminant au 31 mars 2021, l'établissement a comptabilisé une subvention en lien avec les charges et pertes de revenus, déduction faite des économies et des pertes de revenus, engendrées par la pandémie de COVID-19 pour le réseau de la santé. L'auditeur n'a pas été en mesure d'obtenir des éléments probants suffisants et appropriés en ce qui concerne les économies et les pertes de revenus prises en compte. À la date du rapport, le MSSS n'a toujours pas confirmé le montant à recevoir qui en découle. Par conséquent, l'auditeur n'a pas pu déterminer si des ajustements pourraient devoir être apportés aux montants comptabilisés à titre de montant à recevoir du MSSS pour l'exercice terminé le 31 mars 2023 et aux déficits cumulés au 1 ^{er} avril 2022 ainsi qu'aux montants comptabilisés à titre de revenus de subvention et de montant à recevoir du MSSS ou à d'autres postes des états financiers pour l'exercice terminé le 31 mars 2022.	2020-2021	0500 Réserve	La problématique au niveau des résultats de l'exercice est réglée, hormis le compte à recevoir comptabilisé relativement à l'exercice 2021-2022.	0610 Partiellement réglé
Dans le cadre de l'application au 1 ^{er} avril 2022 du chapitre SP3280, « Obligations liées à la mise hors service d'immobilisations », du manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public, l'établissement a comptabilisé, au	2022-2023	0500 Réserve	Aucune mesure corrective, tel que demandé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux.	0620 Non réglé

Description des réserves, commentaires et observations	Année	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2023
31 mars 2023, un passif au titre des obligations liées à la mise hors service d'immobilisations. En lien avec la comptabilisation du passif au titre des obligations liées à la mise hors service d'immobilisations, l'établissement a comptabilisé une subvention à recevoir. L'auditeur n'a pas été en mesure d'obtenir des éléments probants suffisants et appropriés en ce qui concerne le montant comptabilisé et les informations fournies sur les obligations.				
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées				
Le mandat des unités de mesures ayant été retiré, le suivi des réserves n'est plus effectué et n'est plus présenté à la page 140.				0600 Régulé
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant				
Rapport à la gouvernance				

11. La divulgation des actes répréhensibles

Loi facilitant la divulgation d'actes répréhensibles à l'égard des organismes publics

Aucune divulgation n'a été recensée durant la période visée se terminant au 31 mars 2023.

Annexe 1

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

En vertu de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (chapitre m-30)

Adopté par le conseil d'administration le 29 mars 2016

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	3
SECTION 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
SECTION 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE	7
SECTION 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS	10
SECTION 4 — APPLICATION	12
ANNEXES	16
Annexe I – Engagement et affirmation du membre	
Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance	
Annexe III – Déclaration des intérêts du membre	
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général	
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts	
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts	
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen	

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 prévues 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 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).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

Code : Code d'éthique et de déontologie des membres, tel que recommandé par le comité de gouvernance et d'éthique au conseil d'administration pour adoption.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

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

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

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

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 pros crit.

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

- S'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel à l'exception de leur participation aux comités de sélection des cadres supérieurs.
- S'abstenir de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

9. Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

10. Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.

11. Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

- a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
- b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
- c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
- d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
- e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

12. Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

13. Le membre se croyant être en conflit direct ou indirect doit le dénoncer par écrit 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 nul, 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 est soigné au sein de l'établissement ou 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 trente (30) 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 trente 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) proposer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à 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 moins aux trois (3) ans, 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 est composé des membres du conseil d'administration, à l'exclusion des membres du comité de gouvernance et d'éthique. Le comité *ad hoc* peut s'adjoindre, s'il le juge nécessaire et après autorisation du conseil d'administration, 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 disciplinaire, 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 une violation 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 rigueur et prudence.

19.6 Le comité d'examen *ad hoc* doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen *ad hoc*, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par

le comité d'examen *ad hoc*, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

ANNEXES

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Coordonnées du bureau d'élection

Je, soussigné (e), _____, membre du conseil d'administration du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de- l'Île-de-Montréal, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le 23 mars 2016, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

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

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

En foi de quoi, je m'engage à m'y conformer.

Lieu : Montréal

Date : [aaaa-mm-jj]

Signature du membre :

Nom du commissaire à l'assermentation

Signature

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance AVIS SIGNÉ

Je, soussigné (e), _____ [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 Centre intégré universitaire de
santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal due aux faits suivants :

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Montréal

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées],
membre du conseil d'administration du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
du Nord-de-l'Île-de-Montréal, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

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

Δ 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

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

Δ 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 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal. [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 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

4. Autre(s) situation(s)

J'indique ci-dessous une (des) situation(s) non mentionné(e)(s) ci-dessus qui devrai(en)t être déclarée(s) :

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal et à m'y conformer.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Montréal

Lieu

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

<p>Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées], président-directeur général et membre d'office du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal, déclare les éléments suivants:</p>		
1. Intérêts pécuniaires		
Δ	Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.	
Δ	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		
Δ	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 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal.	
Δ	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 Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal. [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).		
4. Autre(s) situation(s)		
J'indique ci-dessous une (des) situation(s) non mentionné(e)(s) ci-dessus qui devrai(en)t être déclarée(s) :		

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal et à m'y conformer.		
_____	_____	Montréal
Signature	Date [aaaa-mm-jj]	Lieu

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné (e), _____ [prénom et nom en lettres moulées], membre du conseil d'administration du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Nord-de-l'Île-de-Montréal déclare par la présente :

- ne pas être en conflit d'intérêts
- croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Montréal
Lieu

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

Je, soussigné (e), _____ 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]

Montréal
Lieu

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

Je, soussigné (e), _____, 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, membre du comité d'examen ad hoc.

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Montréal
Lieu

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

Québec 