

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2021-2022

14 juin 2022



*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'île-de-Montréal*

Québec 

Le rapport annuel de gestion 2021-2022 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL) a été réalisé par la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques.

Il est disponible à la section Publications du site <http://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca>

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec : 978-2-550-91751-9 (imprimé)

Bibliothèque et Archives nationales du Québec : 978-2-550-91752-6 (PDF)

© CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, 2022

7. LES RESSOURCES HUMAINES	36
8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES	37
Répartition des dépenses des activités principales par programmes-services	37
Équilibre budgétaire	37
Contrats de service	38
9. LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES.....	39
10. L'ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT.....	41
11. DIVULGATION D'ACTES RÉPRÉHENSIBLES REÇUES ET TRAITÉES AU CIUSSS-EMTL	44
ANNEXE 1 - CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DU CIUSSS DE L'EST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL EN VERTU DE LA LOI SUR LE MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF.....	45

1. MESSAGE DES AUTORITÉS

Nous sommes heureux de vous présenter le rapport annuel de gestion 2021-2022 qui fait état des efforts incroyables des équipes du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal pour répondre aux impératifs de la crise sanitaire de la COVID-19 tout en maintenant les soins et services requis et le développement de ses axes d'excellence, au profit de la santé et le mieux-être des citoyens d'ici.

L'année 2021-2022 s'est entamée en pleine campagne de vaccination contre la COVID-19. En plus d'opérer la plus grande clinique de vaccination à l'échelle québécoise, celle du Stade olympique de Montréal, l'organisation a su miser sur l'excellent partenariat de la communauté pour multiplier les cliniques de vaccination fixes et mobiles sur le territoire afin de rejoindre le plus grand nombre de personnes. C'est non sans fierté que nous avons souligné, à l'aube de l'an 2022, la millionième dose administrée.

Le début de l'année 2022 a aussi été marqué par l'importante vague résultant de la propagation communautaire du variant Omicron; une vague qui a particulièrement affecté les ressources humaines de l'établissement alors qu'en moins de 20 jours, plus de 500 employés se sont retrouvés en isolement. C'est encore une fois grâce à l'immense professionnalisme et dévouement des équipes que l'organisation a pu maintenir un niveau de soins et services adéquats, et ce, malgré le fait qu'à l'instar des vagues précédentes, les milieux hospitaliers de santé physique ont été les seuls à l'échelle nationale à dépasser les cibles de prise en charge quant au nombre de patients atteints de la COVID-19. Des félicitations toutes particulières s'adressent aux équipes en milieu d'hébergement qui ont réussi à maintenir au plus bas niveau l'incidence d'Omicron chez les résidents vulnérables tel qu'en font foi les données disponibles dans le présent rapport.

Des solutions innovantes ont été mises de l'avant pour assurer l'accès aux soins et services requis et la diminution de l'incidence de la pandémie sur la santé de la population. Soulignons à cet effet la réaffectation médicale dans plusieurs secteurs et l'implication des médecins au triage des urgences, la proactivité des équipes de soutien à domicile pour supporter le retour à domicile des patients de niveau de soins alternatifs et assurer leur orientation en ressource d'hébergement à partir du domicile ou encore la multiplication de l'administration des traitements monoclonaux en milieux hospitaliers et antiviraux administrés en CLSC. Finalement, la capacité des équipes de 1re ligne à revoir leurs pratiques cliniques pour maintenir les soins et services mérite d'être soulignée, notamment tout le travail effectué pour prévenir le conditionnement des personnes vulnérables.

Le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal s'est fait un devoir d'être un partenaire fiable pour les différents intervenants et les organisations du territoire en assurant en tout temps l'accès aux ressources matérielles, au partage de ressources humaines en temps de pénurie et à la concertation des connaissances constamment mises à jour en regard des mesures de prévention et contrôle des infections. C'est d'ailleurs de concert avec ses partenaires que l'organisation a posé les premiers jalons du plan de rétablissement de la collectivité qui occupera une place prépondérante dans les mois à venir.

Parallèlement aux vagues pandémiques, l'établissement est resté à l'affût des changements opérant dans son environnement afin de préparer la reprise des activités. Il s'est doté de trois priorités stratégiques, soit la mobilisation de la main-d'œuvre, l'accessibilité et l'innovation appuyées par des portefeuilles de projets organisationnels. Adoptant ainsi une nouvelle salle de pilotage stratégique entièrement virtuelle et en temps réel, la Direction a su être proactive afin d'orchestrer la reprise des activités.

Tout au long de l'année, l'organisation a mis à jour ses plans d'action pour agir en cohérence avec les nouvelles indications et directives en provenance du MSSS. Nombre d'initiatives ont été

mises de l'avant pour améliorer l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins. Pensons, entre autres, à la télésanté et à la téléconsultation, au déploiement des salons de congé en milieu hospitalier ou encore à la mobilisation des cliniques pour l'accueil des P4-P5, le déploiement de modalités ambulatoires permettant d'alléger la pression tant sur les unités de soins qu'aux urgences. Quant à eux, l'implantation du projet Grossesse à risque élevé à domicile (GARE), la livraison du nouveau centre de prélèvements de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont par les équipes techniques ou l'excellence des résultats de l'enquête externe sur la qualité des services alimentaires démontrent hors de tout doute le souci de l'organisation envers la qualité de l'Expérience client.

Nous devons souligner l'incroyable mobilisation des chercheurs, médecins et professionnels qui ont maintenu leur engagement auprès des stagiaires, résidents et externes qui ont été aussi nombreux à bénéficier de notre expertise et supervision bienveillante qu'en période prépandémique. Il s'agit là d'un tour de force à souligner en haut lieu, sachant à quel point la formation et la disponibilité de futurs médecins et travailleurs qualifiés demeurent l'élément central de notre capacité à répondre aux besoins actuels et à venir des citoyens qui comptent sur nous.

Nous ne pouvons conclure sans de sincères remerciements au personnel, aux médecins, aux chercheurs, aux sages-femmes, aux bénévoles, à l'équipe de direction et aux administrateurs pour le travail remarquable accompli cette année. Tous ont fait preuve d'un dévouement et d'un professionnalisme digne de mention et ont rendu une fière chandelle à une population qui avait tant besoin d'eux. Ils sont le cœur et l'âme de notre belle et grande organisation.



Jean-François Fortin Verreault
Président-directeur général



Pierre Shedleur
Président du conseil d'administration

2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ

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

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2021-2022 du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2022.



Jean-François Fortin Verreault
Président-directeur général

3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS

3.1 L'établissement

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL) regroupe 26 installations, dont 8 CLSC, 15 CHSLD et 3 centres hospitaliers.

Il exploite les missions suivantes :

- CLSC;
- centre hospitalier de soins généraux et spécialisés;
- centre hospitalier de soins psychiatriques (mission régionale);
- centre d'hébergement de soins de longue durée.

Sur son territoire, le CIUSSS exploite 1 108 lits de courte durée en santé physique et santé mentale, 2 313 lits en CHSLD publics, 426 places en ressources institutionnelles (RI) pour les personnes âgées, 139 lits post-aigus, 994 places en CHSLD privés non conventionnés et privés conventionnés.

Le CIUSSS exploite également 1 989 places d'hébergement en santé mentale sur le territoire de l'île de Montréal.

En première ligne, on trouve sur le territoire du CIUSSS 45 cliniques médicales, dont plusieurs GMF et super-cliniques.

Mission et services offerts

Mission

Pour assurer une véritable intégration des services offerts à la population, le CIUSSS :

- 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, incluant 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, 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.).

COMITÉ DE DIRECTION EN DATE DU 31 MARS 2022

- Dr Stéphane Ahern, directeur de l'Enseignement, de la Recherche et de l'Innovation par intérim
- M. Marc Bélisle, directeur des Ressources technologiques
- Mme Brigitte Brabant, directrice de l'Hébergement et des soins de longue durée
- M. Jonathan Brière, directeur des Programmes de santé mentale, dépendance et itinérance
- M. Éric Champagne, directeur des Ressources financières
- M. Yves Charbonneau, directeur de la Logistique
- Mme Nathalie Chauvin, directrice des Projets immobiliers majeurs
- M. Christophe Cadoz, directeur général adjoint, programmes sociaux et réadaptation
- M. Jean-François Fortin Verreault, président-directeur général
- Mme Karine Girard, directrice de la Qualité, Évaluation, Performance et Éthique
- Dre Martine Leblanc, directrice générale adjointe et directrice des Services professionnels
- M. Hugo Ouellette, directeur des Services techniques
- Mme Isabelle Portelance, directrice des Soins à domicile et de la Réadaptation pour les programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique et soutien à l'autonomie des personnes âgées
- Mme Julie Provencher, directrice du Programme jeunesse et des Activités de santé publique
- Mme Sylvia Provost, directrice des Ressources humaines, des Communications et des Affaires juridiques
- Dr Denis Claude Roy, directeur de l'IHUOTC
- Mme Lina Spagnuolo, directrice des Soins infirmiers
- Mme Caroline St-Denis, directrice de la vaccination

Vision

« Des soins de santé et des services sociaux accessibles et efficaces qui s'adaptent aux besoins des québécois ».

Valeurs

Les valeurs organisationnelles sont les convictions qui orientent l'action d'une organisation, les principes qui constituent la culture et qui modèlent les attitudes et les comportements. Voici les cinq valeurs qui représentent le CIUSSS :

- Collaboration
- Communication
- Qualité des soins et services
- Professionnalisme
- Respect

Soins et services

Soins et services de première ligne

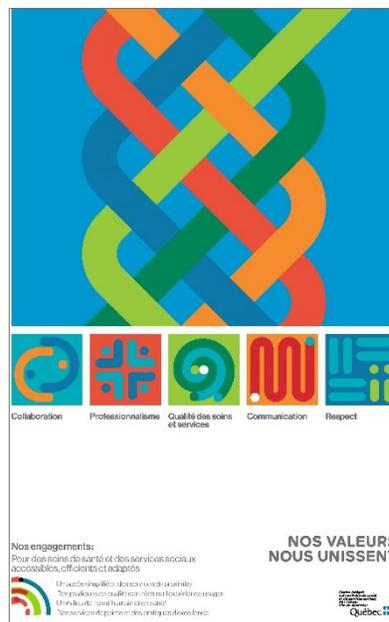
En première ligne, on offre à la population du territoire des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion, soit :

- **Dans les installations des territoires de Lucille-Teasdale, de la Pointe-de-l'Île et de Saint-Léonard-Saint-Michel :**
 - services aux adultes;
 - services aux enfants, aux jeunes, aux parents et aux familles;
 - services aux aînés, aux personnes en perte d'autonomie et aux personnes avec des maladies chroniques.
- **Dans les centres d'hébergement :**
 - services médicaux et pharmaceutiques personnalisés;
 - soins infirmiers et d'assistance en permanence;
 - services d'alimentation;
 - services de loisirs;
 - services de soins spirituels;
 - services de bénévoles;
 - services de caisse des résidents;
 - service d'entretien des vêtements;
 - services d'entretien sanitaires;
 - services de sécurité;
 - autres services de professionnels de la santé.

Soins et services en milieu hospitalier

Des soins et services qui répondent aux besoins de l'ensemble de la population de l'Est de l'île de Montréal sont offerts en milieu hospitalier.

Des soins spécialisés et ultraspecialisés, particulièrement en hématologie, en oncologie médicale et chirurgicale, en néphrologie et greffe rénale, ainsi qu'en ophtalmologie, et ce, autant au plan régional que suprarégional y sont également offerts.



Soins et services en milieu institutionnel

Des services spécialisés et surspécialisés en psychiatrie, grâce à un dispositif varié et innovateur de services de traitement, de réadaptation et de réhabilitation qui répond aux besoins multiples de cette clientèle sont offerts en milieu institutionnel.

Volet universitaire

Le CIUSSS participe à l'enseignement pré et postdoctoral des étudiants de la Faculté de médecine, principalement de l'Université de Montréal et d'autres facultés, programmes et écoles dont les suivants : audiologie, communication, ergothérapie, génie biomédical, kinésiologie, médecine dentaire, nutrition, optométrie, orthophonie, pharmacie, physiothérapie, psychoéducation, psychologie, sage-femme, sciences infirmières, travail social.

Volet recherche

Le CIUSSS regroupe deux centres de recherche, celui de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et celui de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Ils s'investissent dans des activités de recherche fondamentale, translationnelle et clinique.

Désignation CAU et institut

Les articles 88 à 91 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) prévoient que des établissements du réseau peuvent être désignés « institut universitaire » ou « centre affilié universitaire » s'ils satisfont aux critères établis à cette fin.

En ce sens, deux établissements du CIUSSS-EMTL ont été désignés, soit l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) à titre d'Institut universitaire en hématologie-oncologie et en thérapie cellulaire (IUHOTC) ainsi que de centre affilié universitaire.

Concrètement, ces désignations se caractérisent par un travail de partenariat avec l'ensemble des directions concernées pour l'intégration des cinq axes de cette mission :

- services cliniques;
- enseignement;
- recherche;
- évaluation des modes d'intervention;
- transfert et application des connaissances.

Ces désignations s'accompagnent d'obligations de **qualité de services** et d'**innovation**.

Institut universitaire en santé mentale

Le 26 juillet 2011, le ministère de la Santé et des Services sociaux accordait à l'hôpital Louis-H.-La Fontaine le statut d'Institut universitaire en santé mentale et en réadaptation. Aujourd'hui, l'Institut est reconnu pour l'excellence des soins et services en santé mentale, dépendance et itinérance, pour sa contribution importante à la formation de la relève et pour la performance de son centre de recherche affilié à l'Université de Montréal, reconnu par le Fonds de recherche du Québec – Santé.

Avec un ancrage clinique fort, l'Institut a pour vision d'accompagner la personne dans son parcours de soins et de services, par des pratiques répondant aux plus hauts standards de qualité, fondées sur le soutien et le développement des connaissances, en mettant pleinement à profit sa mission d'institut universitaire, notamment par ses fonctions de recherche, d'évaluation des technologies et des modes d'intervention et la diffusion des savoirs par l'enseignement et la formation.

Institut universitaire d'hématologie-oncologie et de thérapie cellulaire

Le 21 octobre 2019, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) s'est vu accorder, par le ministère de la Santé et des Services sociaux, la désignation d'Institut universitaire d'hématologie-oncologie et de thérapie cellulaire (IUHOTC). À cette désignation s'ajoute le leadership du Réseau québécois de thérapie immunocellulaire.

Cette importante désignation est accordée en reconnaissance de l'expertise de pointe en soins, en enseignement et en recherche, développée depuis plus de 40 ans par les cliniciens et chercheurs en hématologie et oncologie de l'HMR. L'IUHOTC permet notamment d'optimiser le développement et la consolidation de la thérapie cellulaire et génique, dont la thérapie immunocellulaire. Elle contribue également à soutenir le développement d'une expertise reconnue, tant au Canada qu'à l'international, pour les soins spécialisés aux patients, l'enseignement supérieur, la recherche clinique, la recherche fondamentale et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. À cet égard, le CIUSSS-EMTL assume un rôle de pivot dans la formation des hématologues et oncologues ainsi que dans la formation postdoctorale en laboratoire et en clinique, particulièrement en greffe de cellules souches et thérapie cellulaire avec la prise en charge des patients hématologiques complexes. Cet institut réalise des essais cliniques novateurs ainsi que des projets d'introduction hâtive de l'innovation.

Désignation Centre affilié universitaire (CAU)

Affilié à l'Université de Montréal, le CIUSSS-EMTL est un lieu de savoir et d'innovation en matière d'enseignement. En effet, le CIUSSS-EMTL participe à l'enseignement pré et postdoctoral des étudiants de la Faculté de médecine, principalement de l'Université de Montréal, et d'autres facultés de sciences. Il forme chaque année les médecins, infirmières et professionnels de la santé et des services sociaux qui assureront la relève de demain.

Le CIUSSS-EMTL est également un haut lieu d'innovation en recherche, il est installation hôte de deux centres de recherche affiliés à l'Université de Montréal, qui sont reconnus par le Fonds de recherche du Québec – Santé. En effet, les équipes mènent de nombreuses recherches scientifiques et médicales pour développer de nouveaux traitements et remèdes, donnant ainsi espoir aux personnes atteintes de maladies aujourd'hui incurables.

Le CIUSSS-EMTL comprend aussi un Centre universitaire en ophtalmologie, lequel offre des tertiaires et quaternaires aux patients souffrant de pathologies ophtalmologiques complexes.

3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives au 31 mars 2021

3.2.1 Le conseil d'administration (C.A.)

- M. Pierre Shedleur, membre indépendant, président du C.A.
- M^e Antonino Sciascia, membre indépendant, vice-président du C.A.
- M. Jean-François Fortin Verreault, président-directeur général, secrétaire du C.A.

Membres indépendants

- M^e Michel Tourangeau, président du comité de gouvernance et d'éthique
- M. Pierre Shedleur, président intérimaire du comité de vérification
- M. Jean-François Fortin Verreault, président intérimaire du comité de vigilance et de la qualité
- Mme Mariette Lemieux-Lanthier, présidente du comité des ressources humaines et des communications
- M. Pierre Poulin, président du comité de révision
- Mme Djamila Benabdelkader
- Mme Camille Thibodeau
- Trois postes vacants

Membres désignés par l'Université de Montréal

- Mme Sylvie Dubois, représentante de l'Université, coprésidente du comité des affaires universitaires
- Mme Lyne Lalonde, représentante de l'Université, coprésidente du comité des affaires universitaires

Membres élus

- M. Daniel Beauregard, membre désigné, conseil des infirmières et infirmiers
- M. Jude Goulet, membre désigné, Comité régional sur les services pharmaceutiques
- D^r Romain Mandel, membre désigné, conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- M. Ahmed Douadi, membre désigné, conseil multidisciplinaire
- M. Ewa Michalkiewicz, membre désigné, comité des usagers
- D^r Carl Fournier, membre désigné, Département régional de médecine générale
- M. Pierre Nelis, membre observateur désigné par les présidents des fondations

Principales activités

En 2021-2022, le conseil d'administration (C.A.) a tenu cinq assemblées publiques.

Outre le suivi des dossiers et les recommandations des différents comités du C.A., divers sujets ont été traités dont les suivants :

- le suivi régulier de la situation pandémique;
- le processus de nomination des médecins/le processus de renouvellement des privilèges;
- l'état d'avancement des projets majeurs d'infrastructure du CIUSSS-EMTL;
- le suivi du tableau de bord du C.A.;
- le rôle et les responsabilités des médecins examinateurs;
- la création du nouveau GMF-U Hochelaga-Maisonneuve ;
- le projet *Urgence d'agir*;
- le processus d'adjudication des contrats;
- le projet de modernisation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR);
- la stratégie du CIUSSS-EMTL – 4^e vague de la pandémie;

- le renouvellement de la composition des comités consultatifs (Comité consultatif de l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale et Comité consultatif du CHSLD Polonais Marie-Curie-Sklodowska);
- la Corporation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont;
- la nomination des représentants de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont à titre de membre de la Société de gestion du Centre d'excellence en thérapie cellulaire;
- l'amendement à l'entente de location d'espace pour une clinique de vaccination populationnelle COVID-19 (Atrium Stade olympique);
- le survol de la dernière année sur la situation de l'emploi en soins infirmiers;
- l'allocation des plans régionaux d'effectifs médicaux;
- les enjeux des ressources informationnelles;
- la présentation de candidatures pour les prix d'excellence du MSSS;
- le changement de nom du CLSC de Hochelaga-Maisonneuve;
- la nomination d'un directeur adjoint – projets spéciaux et programmes sociaux à la Direction des projets immobiliers majeurs;
- la nomination temporaire d'une commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité des services;
- l'octroi de contrats pour les sages-femmes;
- la nomination d'un directeur adjoint clinico-administratif, volets opérations-secteurs critiques, à la Direction des services professionnels;
- la nomination de deux commissaires locales adjointes aux plaintes et à la qualité des services;
- la nomination d'une directrice Soins à domicile et Réadaptation des programmes SAPA et DI-TSA-DP;
- la nomination d'une directrice de l'Hébergement en soins de longue durée;
- la nomination d'une directrice adjointe – continuum de services en déficience et réadaptation, à la Direction des soins à domicile et réadaptation des programmes SAPA et DI-TSA-DP;
- la nomination d'une directrice adjointe – continuum des services SAPA, à la Direction des soins à domicile et réadaptation des programmes SAPA et DI-TSA-DP;
- la nomination d'une directrice adjointe Hébergement à la Direction de l'hébergement en soins de longue durée;
- la nomination d'une directrice adjointe du Bureau de la mission de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal et des programmes surspécialisés à la Direction des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance;
- la nomination d'une directrice adjointe – clinique de vaccination, à la Direction de la vaccination;
- la nomination d'une directrice adjointe du Programme services spécialisés, à la Direction programmes santé mentale, dépendance et itinérance/mission universitaire IUSMM.

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

Au cours de l'année 2021-2022, aucun manquement n'a été constaté au code d'éthique et de déontologie des membres du C.A.

Le code d'éthique et de déontologie se trouve à l'annexe 1 de ce rapport annuel de gestion. Il est également accessible via notre site Web à <http://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/a-propos/comites-et-conseils/conseil-administration>.

Le CIUSSS est également doté d'un code d'éthique qui formalise l'engagement de toutes les personnes de l'organisation à partager des valeurs communes et à les concrétiser au quotidien. Il est disponible via notre site Web à <http://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/documentation/code-dethique>.

3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives

- Comité d'éthique en recherche
- Comité de gestion des risques
- Comité de gouvernance et d'éthique
- Comité de révision
- Comité de vérification
- Comité de vigilance et de la qualité
- Comité des affaires universitaires
- Comité des ressources humaines et des communications
- Comité des usagers du centre intégré
- Conseil multidisciplinaire
- Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- Conseil des infirmières et infirmiers
- Comité sur le projet de modernisation du CIUSSS-EMTL

3.3 Les faits saillants

L'année 2021-2022 a encore été marquée par la crise sanitaire COVID-19. La mise en place des actions ayant pour objectif de freiner la propagation du virus, protéger la population de l'Est, les usagers et les personnes hébergées sont donc demeurés au centre des préoccupations du CIUSSS. Malgré ce contexte, le CIUSSS a gardé le cap sur l'offre de services à la population et plusieurs grands projets de développement ont pu être poursuivis au cours de l'année.

PROTÉGER LA POPULATION, LES USAGERS ET LE PERSONNEL

En cette deuxième année de pandémie, le CIUSSS a continué à déployer des moyens extraordinaires mis en place l'année précédente afin de dépister et vacciner la population. De plus, afin de lutter efficacement contre les nouvelles caractéristiques des variants Delta et Omicron, l'établissement a continuellement adapté ses stratégies d'action.

1. Poursuivre les mesures préventives

Les deux cliniques de dépistage fixes sur son territoire, la Clinique Chauveau et la clinique du Stade, ont offert des services de dépistage tout au long l'année. Des services temporaires de dépistage à l'auto ont été mis en place à l'École aérospatiale, au Cirque du soleil et au CLSC de l'Est-de-Montréal. De plus, en fonction de l'évolution du taux de positivité dans les différents quartiers du territoire, le CIUSSS a déployé des cliniques de dépistage mobiles qui se sont déplacées à proximité des lieux de vie de la population.

Le personnel du CIUSSS a quant à lui pu se faire dépister à la Clinique Chauveau, mais également dans plusieurs installations du CIUSSS.

Un effort soutenu pour le maintien de toutes les activités de prévention et de contrôle des infections (port du masque, lavage des mains, distanciation sociale, registre de présence, prise de température à l'entrée...) a été poursuivi en 2020-2021 auprès de notre personnel afin de limiter le plus possible la propagation du virus dans nos installations. La centrale téléphonique Info COVID-19 mise en place en 2020 afin de faciliter l'accès au dépistage pour les employés et prendre en charge rapidement les personnes symptomatiques a été active tout au long de l'année.

2. Viser l'immunité collective grâce à la vaccination

Le CIUSSS a ouvert quatre centres de vaccination de masse : le centre de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (davantage destiné aux employés), le centre du Stade olympique, le centre Martin-Brodeur (Saint-Léonard) et le Centre Roussin (Pointe-aux-Trembles). Notons qu'avec une capacité de 4 100 vaccins par jour, le centre de vaccination du Stade olympique est le plus grand centre de vaccination au Québec, ce qui lui a permis d'administrer plus d'un million de doses contre la COVID-19 dans l'Est de Montréal! Le personnel a aussi répondu à l'appel puisque pas moins de 97,39 % des employés ont reçu deux doses du vaccin.

Par ailleurs, afin de favoriser l'accès à la vaccination, le CIUSSS a déployé plusieurs cliniques de vaccination mobiles dans des centres commerciaux, des organismes communautaires, lieux de culte, parcs, HLM, etc. Également, toutes les écoles primaires et secondaires ainsi que les trois Cégeps de l'Est ont accueilli des équipes du CIUSSS pour procéder à la vaccination des élèves. Ainsi, 36 086 élèves du primaire et du secondaire ont pu recevoir au moins deux doses.

3. Assurer la présence de la main-d'œuvre

L'intensité de la crise sanitaire en 4^e et 5^e vague et l'impact de cette dernière sur les activités de l'organisation n'ont malheureusement pas été moindres que lors des vagues précédentes. Pour l'illustrer, lors de la 5^e vague, la centrale COVID a coordonné plus de 4 400 isolements en six semaines, dont 1 100 infirmières. Ainsi, tout au long de l'année, le CIUSSS a multiplié les initiatives pour assurer une meilleure disponibilité de la main-d'œuvre : mise en place d'un processus de recrutement en 24 heures pour les postes en soins infirmiers et en inhalothérapie, création d'un plan d'attraction pour les stagiaires, entrevues de départ systématiques, titularisation de plus de 800 préposés aux bénéficiaires embauchés en 2020 avec la campagne « Je contribue », etc.

4. Penser au rétablissement

L'établissement tire une grande fierté de l'excellent niveau de concertation et de collaboration avec les acteurs du territoire (organismes communautaires, décideurs locaux et élus). Ces derniers sont notamment des partenaires engagés dans la démarche de rétablissement de la collectivité initiée par l'organisation. À cet égard, l'établissement a réalisé un portrait de l'état de santé de la population ainsi qu'un sondage et des focus groups sur les conséquences de la pandémie ainsi les besoins des résidents de l'Est postpandémiques. Grâce à cette enquête, le CIUSSS et ses partenaires de l'Est sont en mesure de travailler un plan de rétablissement misant sur la complémentarité entre le réseau communautaire et le réseau de la santé et des services sociaux.

ASSURER DES SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ ET DANS NOS MILIEUX DE VIE ET DE SOINS

Toujours mieux servir la population dans sa communauté

- Un nouveau projet, appelé le projet Fluidité-SAD, a vu le jour au mois de février. Celui-ci a pour objectif, par le biais de l'intensification des services à domicile, de permettre aux personnes en attente d'un hébergement de demeurer à domicile et d'éviter d'être hospitalisées. Il permet aussi à des personnes déjà hospitalisées ayant besoin d'un hébergement de retourner à domicile en attendant qu'une place leur soit octroyée. Ce projet ayant eu des résultats positifs dans sa phase de projet pilote sera pérennisé au cours de la future année.

- Deux nouveaux services visant l'intégration professionnelle pour la clientèle vivant avec une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou une déficience physique ont été mis en place. Une dizaine de personnes ont participé à un projet de verdissement dans le secteur Saint-Michel et un stage dans une entreprise de tri de vêtements, en collaboration avec l'organisme la Collecte.
- Le 28 juin 2021, la Maison de naissance de l'Est-de-l'Île-de-Montréal a ouvert ses portes aux futures mamans du territoire. La maison de naissance offre aux jeunes familles un environnement accueillant, chaleureux, intime et sécuritaire. Chaque année, 400 femmes pourront être suivies par une sage-femme tout au long de la grossesse, jusqu'aux premières heures de vie de leur poupon et durant les six premières semaines après la naissance. Depuis son ouverture, 34 suivis de grossesse et deux naissances ont eu lieu à la maison de naissance.
- L'année 2021-2022 a été marquée par une importante amélioration de l'accès aux services en santé mentale, particulièrement pour les services spécifiques. En effet, nous avons poursuivi l'optimisation de notre guichet d'accès en santé mentale adulte par la mise en place du nouveau modèle clinique orientation-évaluation permettant d'offrir de l'intervention brève à la clientèle directement au guichet. Nous avons également développé une offre de groupe d'éducation psychologique et d'autosoins en cohérence avec le programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM). L'implantation d'une équipe et d'une procédure de gestion de la liste d'attente nous a également permis de mieux orienter les demandes et de répondre dans de meilleurs délais. De nombreux gains ont été réalisés et on observe une diminution de la liste d'attente de 2 400 personnes à 500 personnes, mais surtout un délai moyen d'accès pour un premier service qui est passé de plus de 300 jours à 27 jours (cible 30 jours).

Les services dans les milieux de soins

Les milieux hospitaliers ont dû à nouveau cette année s'adapter au contexte de la pandémie et accueillir de manière prioritaire la clientèle atteinte de la COVID-19 et nécessitant des soins hospitaliers. Afin de protéger la clientèle hospitalisée et d'éviter la propagation du virus dans nos hôpitaux, cette année encore des zones ont été créées sur les unités de soins en fonction de la réalité COVID-19. De manière générale, dans les secteurs cliniques (unités de soins, urgence, soins intensifs, bloc opératoire, imagerie), des zones froides accueillant des personnes non contaminées, des zones tièdes pour des personnes dont le diagnostic de contamination n'était pas connu et des zones chaudes pour les personnes ayant la COVID-19 ont été organisées. Des normes de prévention et de contrôle des infections adaptées et du personnel ségrégué ont permis de mieux contrôler ou de réduire les risques de propagation. De plus, des unités de chirurgie « ultra-froides », c'est-à-dire avec des mesures strictes de précaution (personnel dédié, dépistage systématique, nombre de visites réduites), ont été déployées afin d'accueillir les personnes devant ou ayant subi certaines chirurgies.

Malgré l'ampleur des vagues pandémiques en 2021-2022, nous avons maximisé les efforts pour préserver les activités chirurgicales et le nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de six mois a connu une amélioration par rapport à l'an passé. Il est à noter que, tout au long de la pandémie, les cas oncologiques ont été priorisés, ce qui fait en sorte que les listes d'attente en oncologie sont relativement stables par rapport à la pré-pandémie.

Par ailleurs la durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence s'est également quelque peu améliorée. La mise en application d'un plan d'action exhaustif pour le désencombrement des urgences a donc porté fruit, notamment grâce à l'implantation du service d'investigation ambulatoire, de l'accueil clinique et l'accès avancé, l'ajout de protocoles à l'accueil clinique disponibles pour les médecins d'urgence, certains médecins spécialistes et pour les CHSLD. Enfin, l'excellente collaboration avec les cliniques médicales du territoire a permis d'améliorer grandement la réorientation des patients ayant un problème de santé mineur grâce à une hausse importante du nombre de consultations disponibles pour la population dans ces cliniques pour les urgences mineures.

Les services dans les milieux de vie

En CHSLD

- L'année 2021-2022 a été marquée par le développement de mécanismes d'adaptation nous amenant à apprendre à vivre avec le virus de la COVID-19. En premier lieu, la fermeture des unités dédiées à la prise en charge des résidents infectés par la COVID-19 a permis la réouverture de 102 lits pour accueillir de nouveaux résidents en CHSLD. De plus, en collaboration avec le Service de la prévention et du contrôle des infections (PCI), nous avons encadré la réouverture des lits en chambre double. Ces deux mesures ont permis d'accroître l'accès à la clientèle nécessitant un milieu de vie de longue durée tout en assurant leur sécurité.
- En deuxième lieu, la dernière année a été ponctuée par trois campagnes de vaccination massive contre la COVID-19 auprès de la clientèle pour leur offrir une meilleure protection (octobre et décembre 2021, mars 2022). En parallèle, nous avons effectué un suivi continu du taux de vaccination des résidents pour assurer une couverture vaccinale globale supérieure à 80 % et ainsi offrir une meilleure protection collective à la clientèle hébergée. L'effet protecteur de la vaccination a particulièrement pu être observé lors de la 5^e vague s'étant déroulée de la fin décembre 2021 à la mi-mars 2022. Pendant cette vague, 625 résidents ont vaincu la COVID-19 alors que 26 résidents en sont malheureusement décédés. Bien que ce dernier chiffre soit toujours trop important, il est tout de même largement inférieur à celui observé lors de la 1^{re} vague grâce, entre autres, à la vaccination.
- Finalement, toujours dans un souci de s'adapter à cette nouvelle réalité, une consultation des principaux acteurs concernés par les mesures préventives associées à la pandémie a été entreprise. Des groupes formés des gestionnaires, des employés, des résidents, des représentants des usagers, de l'équipe médicale, du Service de la gestion des risques ainsi que du Service de la PCI ont été rencontrés pour entendre ce qu'ils avaient vécu pendant la pandémie et, surtout, pour trouver des pistes de solutions permettant d'atteindre un équilibre entre les risques associés à la maladie COVID-19 et les risques associés aux impacts des mesures préventives appliquées. L'objectif était de trouver un équilibre entre ces risques tout en maximisant le bien-être, la qualité de vie et la sécurité de la clientèle. Suite à ce processus, un outil d'aide à la décision a été élaboré et sera finalisé dans les prochaines semaines. Cet outil a pour objectif de favoriser une prise de décision concertée entre tous les acteurs concernés sur les mesures à appliquer lors d'une éclosion de la COVID-19.

Dans les ressources d'hébergement du territoire

- Le développement d'un soutien optimal et proactif des partenaires RPA-RNI-RA est à souligner. Il assure une vigie de la qualité des soins et services, la prévention du déconditionnement cognitif et physique chez les citoyens en perte d'autonomie, la protection des milieux de vie en appliquant judicieusement les mesures de prévention et contrôle des infections.
- Afin de restreindre les effets du confinement ou des épisodes de la COVID-19, quatre kinésiologues ont été ajoutés temporairement à l'équipe du Service à domicile et de la réadaptation afin de former une équipe dédiée à la prévention du déconditionnement ou du reconditionnement des personnes âgées résidant dans les ressources intermédiaires et les RPA les plus particulièrement touchées par la pandémie. Des outils simples ont aussi été développés afin d'outiller les intervenants, les responsables de ressources d'hébergement, les usagers et les proches aidants sur les actions de prévention à mettre en place par eux-mêmes à domicile.

DÉVELOPPER DES INFRASTRUCTURES ACCUEILLANTES, SÉCURITAIRES ET MODERNES

Agrandissement et modernisation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Le 19 août dernier, le MSSS a annoncé dans le cadre d'une conférence de presse une bonification de 700 M\$ du budget initial, soit un investissement majeur de 2,5 G\$ ainsi qu'une mesure d'accélération du projet en autorisant l'établissement à passer directement à l'étape d'élaboration du dossier d'affaires. C'est l'étape de la conception menant à la réalisation des plans et devis préliminaires, de l'estimation des coûts et des ressources ainsi que la planification des travaux à entreprendre en termes de phasage et de transition. Cette étape sera amorcée à la suite du dépôt de l'analyse immobilier en cours de réalisation et qui devrait être complétée à la fin de l'année 2022.

Agrandissement et réaménagement du bloc opératoire et de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux de l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale

Le 3 août 2021, le MSSS autorisait notre établissement à passer directement à l'étape de la conception des plans et devis définitifs et à la réalisation des travaux de construction pour l'agrandissement du bloc opératoire et de l'URDM. Cette décision vient accélérer de façon significative le processus en permettant de devancer de plusieurs mois le début du chantier. Le concept architectural du futur pavillon ainsi que les plans et devis préliminaires sont complétés. Les plans et devis définitifs sont en voie être complétés à l'automne 2022.

4. LES RÉSULTATS AU REGARD DES CIBLES DES ENTENTES DE GESTION EN LIEN AVEC LE PLAN STRATÉGIQUE DU MSSS

Afin de rendre compte des résultats atteints concernant les ententes de gestion, le CIUSSS-EMTL présente les résultats pour les indicateurs du tableau ci-dessous.

Tableau : Résultats pour certains indicateurs du plan stratégique du MSSS

Objectif : Offrir un accès plus rapide aux services de première ligne			
Indicateurs	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
Pourcentage des Québécois inscrits auprès d'un médecin de famille	70,88	69,54	85
Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	259 184	272 443	300 555
<i>Commentaires</i>			
<p><i>Indicateur 1.09.27 (Pourcentage des Québécois inscrits auprès d'un médecin de famille)</i> Le résultat de cet indicateur est resté stable comparativement à l'an passé. L'engagement n'est pas atteint au 31 mars 2022.</p> <p><i>Indicateur 1.09.27.01 (Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF)</i> Le résultat de cet indicateur montre une progression comparativement à l'an passé. Il y a atteinte de l'engagement annuel supérieur à 90 % au 31 mars 2022.</p> <p>Concernant ces deux indicateurs, le contexte de pandémie COVID-19 a ralenti la progression des dernières années. La reprise des activités facilitera un accès plus rapide aux services de première ligne. Les actions déjà amorcées en première ligne seront maintenues afin d'atteindre les engagements de l'établissement.</p>			
Objectif : Diminuer le temps d'attente à l'urgence			
Indicateurs	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	212	260	180
Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	25,34	22,93	20
<i>Commentaires</i>			
<p><i>Indicateur 1.09.16 (Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire)</i> Le résultat de cet indicateur est inférieur à celui de l'an passé. L'engagement n'est pas atteint au 31 mars 2022.</p> <p><i>Indicateur 1.09.01 (Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence)</i> Le résultat de cet indicateur affiche une progression comparativement à celui de l'an passé. L'engagement n'est pas atteint au 31 mars 2022.</p>			

<p>Concernant ces deux indicateurs, les impacts de la pandémie COVID-19 sont nombreux, dont l'augmentation de l'affluence aux urgences ayant un impact direct sur la prise en charge médicale. Plusieurs hausses du taux d'occupation des lits dédiés aux cas de COVID-19 ont aussi contribué à ce recul. L'amélioration de la situation liée aux cas de COVID-19 aidera assurément cet indicateur. Un vaste plan d'action pour le désencombrement des urgences a été mis en place dans l'ensemble des installations concernées.</p>			
<p>Objectif : Améliorer l'accès aux services en santé mentale</p>			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	1 481	1 015	620
<p><i>Commentaires</i></p> <p><i>Indicateur 1.08.16 (Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale)</i> Le nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale a diminué de façon significative, se rapprochant ainsi de l'engagement de l'établissement. L'engagement n'est pas atteint au 31 mars 2022. Plusieurs initiatives sont toujours en place pour influencer cet indicateur, dont la mise sur pied d'une équipe d'évaluation intensive des usagers étant sur la liste d'attente pour les réorienter, le cas échéant, vers les bons services.</p>			
<p>Objectif : Améliorer l'accès aux services en dépendance</p>			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	1 059	1 132	1 056
<p><i>Commentaires</i></p> <p><i>Indicateur 1.07.07 (Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance)</i> Le résultat de cet indicateur est supérieur à celui de l'an passé. L'engagement est atteint au 31 mars 2022. Les efforts réalisés tout au long de l'année se maintiendront en 2022-2023.</p>			
<p>Objectif : Améliorer l'accès aux services spécialisés</p>			
Indicateurs	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	3 524	3 492	2 500
Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 28 jours	57,9	44,3	65
<p><i>Commentaires</i></p> <p><i>Indicateur 1.09.32.10 (Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus de 6 mois)</i> Une légère amélioration de l'indicateur est enregistrée pour cette année. L'engagement n'est pas atteint au 31 mars 2022.</p> <p><i>Indicateur 1.09.33.01 (Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours)</i> Le résultat de cet indicateur est inférieur à celui de l'an passé. L'engagement n'est pas atteint au 31 mars 2022.</p>			

<p>Concernant ces deux indicateurs, ils ont été impactés par la pandémie COVID-19 ainsi que par la pénurie de main-d'œuvre. Les listes d'attente récentes démontrent une diminution relative de l'attente en chirurgie. Il est à noter que, tout au long de la pandémie, les cas oncologiques ont été priorités, ce qui fait en sorte que les listes oncologiques sont relativement stables par rapport à la pré-pandémie. L'établissement participe à des comités visant le rehaussement des activités chirurgicales, à la fois stratégiques et opérationnelles. De plus, une épuration accélérée des listes d'attente a été effectuée par l'établissement.</p>			
<p>Objectif : Améliorer l'accès aux services pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme</p>			
Indicateur	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme	75	85	115
<p><i>Commentaires</i></p> <p><i>Indicateur 1.47 (Nombre de places en services résidentiels pour les personnes vivant avec une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme)</i> Le résultat de cet indicateur démontre une amélioration comparativement à l'an passé. L'engagement n'est pas atteint au 31 mars 2022. Les efforts pour augmenter le nombre de places en services résidentiels se poursuivront dans la prochaine année pour atteindre l'engagement de l'établissement.</p>			
<p>Objectif : Augmenter les services de soutien à domicile</p>			
Indicateurs	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	25 007	24 910	24 890
Nombre total d'heures de service de soutien à domicile	1 568 806	1 922 429	1 647 723
<p><i>Commentaires</i></p> <p><i>Indicateur 1.03.05.06 (Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile)</i> Le résultat de cet indicateur est demeuré stable comparativement à l'an passé. L'engagement est atteint au 31 mars 2022.</p> <p><i>Indicateur 1.03.05.05 (Nombre total d'heures de service de soutien à domicile)</i> Le résultat de cet indicateur est supérieur à celui de l'an passé. L'engagement est atteint au 31 mars 2022.</p> <p>Les efforts réalisés pour les services de soutien à domicile sont perceptibles à travers les résultats de ces deux indicateurs.</p>			
<p>Objectif : Améliorer l'accès aux services destinés aux enfants, aux jeunes et à leurs familles</p>			
Indicateurs	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété par la plateforme Agir tôt	N/A	200	317

<i>Commentaires</i>			
<i>Indicateur 1.06.20 (Nombre d'enfants dont le dépistage a été complété via la plateforme Agir tôt)</i> Le résultat de cet indicateur est disponible depuis 2021-2022. La comptabilisation a débuté à la période 8 de cette année. L'engagement n'est pas atteint au 31 mars 2022. L'établissement a connu un retard d'implantation en début d'année en raison de contraintes technologiques. Le résultat de cet indicateur est maintenant en hausse constante et s'approche de l'engagement de l'établissement.			
Objectif : Améliorer la disponibilité du personnel			
Indicateurs	Résultat au 31 mars 2021	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022 de l'établissement
Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	NA	7,25	4,37
Ratio de présence au travail	87,32	89,22	87,54
<i>Commentaires</i>			
<i>Indicateur 3.06.00 (Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante)</i> Le suivi de cet indicateur a débuté en 2021-2022. L'engagement n'est pas atteint au 31 mars 2022.			
<i>Indicateur 3.05.03 (Ratio de présence au travail)</i> Le résultat de cet indicateur est supérieur à celui de l'an passé. L'engagement est atteint au 31 mars 2022.			
Concernant ces deux indicateurs ils ont été influencés par les vagues successives de la pandémie et les absences des employés atteints de la COVID-19. Le recours aux différentes primes gouvernementales et l'utilisation de MOI ont permis de maintenir les services. La mobilisation de la main-d'œuvre a été identifiée comme l'une des trois priorités stratégiques de l'établissement. Un portefeuille de projets organisationnels a été défini à ce sujet.			

Légende

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

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

L'agrément

Le 11 octobre 2018, Agrément Canada attestait que le statut d'organisme agréé du CIUSSS-EMTL serait maintenu jusqu'au 31 décembre 2023.

Un suivi a été réalisé auprès d'Agrément Canada le 28 juin 2021, concernant les critères non conformes suite à la visite de certification de la séquence 1 portant sur la gouvernance, le leadership, la gestion des médicaments, la prévention et contrôle des infections et le retraitement des dispositifs médicaux réutilisables, et la séquence 2 concernant le Programme jeunesse et les Programmes santé mentale, dépendance et itinérance (24 au 29 novembre 2019). À la suite de l'examen des preuves de mesures prises, deux lettres d'Agrément Canada en date du 9 septembre 2021, confirment le respect des exigences requises et félicitent l'établissement dans son engagement à l'égard de l'amélioration continue de la qualité.

La prochaine étape de la démarche d'agrément est la séquence 3 qui couvre les programmes de la santé physique, les services généraux et la télésanté ainsi que les normes transversales pour les programmes visités que sont la gestion des médicaments, la prévention et le contrôle des infections et le retraitement des dispositifs médicaux.

Compte tenu de la pandémie de la COVID-19, à l'issue du processus de replanification des visites avec Agrément Canada, la visite de la séquence 3 se tiendra du 12 au 17 juin 2022.

Concernant la séquence 4 pour les Programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique et la séquence 5 pour le Programme du soutien à l'autonomie des personnes âgées, la visite se déroulera du 7 au 12 mai 2023.

En dépit de ce contexte pandémique, la mobilisation des équipes se poursuit puisque la visite d'agrément n'est pas une fin en soi, mais bien une démarche d'amélioration continue de la qualité.

La sécurité et la qualité des soins et des services

La sécurité des usagers occupe une place centrale parmi les sous-dimensions essentielles de la qualité des soins et des services. L'établissement fait de la gestion intégrée des risques une priorité et s'assure que les efforts de tous convergent dans cette voie.

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

- Participation à la validation des nouvelles formations offertes par le MSSS « la déclaration des événements indésirables » et « l'analyse sommaire des événements indésirables survenus lors de soins et de services ». Ces formations sont disponibles sur la plateforme de l'environnement numérique d'apprentissage (ENA).
- Formation des nouveaux employés et gestionnaires sur la déclaration et l'analyse sommaire.
- Déploiement finalisé de la déclaration électronique dans le Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) à la Direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance (DPSMDI) et poursuite de la pérennisation de la déclaration électronique pour les autres directions.

- Tenue de rencontres avec les directions programmes pour analyser leurs données de gestion des risques (déclarations incidents/accidents et suivis des recommandations) et entreprendre les actions appropriées.
- Mise en place d'indicateurs de gestion des risques liés à la prestation sécuritaire des soins et services à suivre en salle de pilotage et dans les stations visuelles opérationnelles.
- Poursuite de l'accompagnement auprès des intervenants pour faciliter la démarche de signalement lors d'une situation ou suspicion de maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité sur notre territoire.
- Élaboration d'un logigramme de gestion des risques associés à la télésanté, des mesures préventives et interventions à mettre en place.
- Organisation d'activités de promotion, via le site intranet et les écrans numériques, pour la *Semaine nationale de la sécurité des usagers* du 25 au 29 octobre 2021, en collaboration avec les partenaires clés telles que : la prévention et contrôle des infections, l'hygiène et la salubrité, les mesures d'urgence et la sécurité de l'information.
- Formation sur la gestion intégrée des risques donnée à des externes en médecine de l'Université de Montréal dans le cadre du mini stage en santé publique.
- Participation à divers comités organisationnels à portée transversale : prévention du suicide, Optilab-CHUM, alertes et rappels ainsi que télésanté.

Le nombre total d'incidents (indices de gravité A et B) est de 1 541 incidents, ce qui représente 10 % de l'ensemble des événements déclarés au moyen de notre système local de surveillance. Les trois principaux types d'incidents sont ceux liés à la médication, à la catégorie « autres » et aux chutes.

Nature des trois principaux incidents pour 2021-2022

Principaux types d'incidents (3)	Nombre	% par rapport à l'ensemble des incidents	% par rapport à l'ensemble des événements
Médication	553	35,9 %	3,7 %
« Autres »	266	17,3 %	1,8 %
Chutes	233	15,1 %	1,6 %

Le nombre total d'accidents (indices de gravité C à I) est de 11 412 accidents, ce qui représente 77 % de l'ensemble des événements déclarés. Les trois principaux types d'accidents sont les chutes, ceux liés à la médication ainsi qu'à la catégorie « autres ».

Nature des trois principaux accidents pour 2021-2022

Principaux types d'accidents (3)	Nombre	% par rapport à l'ensemble des accidents	% par rapport à l'ensemble des événements
Chutes	6 694	58,7 %	44,9 %
Médication	1 781	15,6 %	11,9 %
« Autres »	1 298	11,4 %	8,7 %

De plus, 1 941 (13 % du total) autres déclarations d'événements ont été saisies dans le système local de surveillance. Leur gravité est « indéterminée » ou bien la saisie des informations n'était pas terminée au moment de l'extraction des données réalisée le 4 avril 2022. Comme la date limite de saisie dans le Système d'Information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) est le 15 juin 2022, les données finales de l'année 2021-2022 seront connues à cette date.

Actions réalisées par le comité de gestion des risques en lien avec les principaux risques d'incidents/accidents identifiés

- Présentation des rapports trimestriels des données de gestion des risques à chacune des rencontres.
- Analyse et présentation des données avec la participation étroite des directions concernées.
- Suivi de l'état d'avancement des actions d'amélioration du tableau de bord des recommandations issues des analyses approfondies suite à un événement sentinelle, des rapports du Protecteur du citoyen et du Bureau du coroner ainsi que d'Agrément Canada.
- Présentation des travaux de concertation des différents acteurs impliqués (DP SMDI, équipe gestion des risques, comité prévention du suicide, soutien clinique) en prévention du suicide ayant pour but l'élaboration d'actions transversales suite aux analyses approfondies et aux rapports du Bureau du coroner.
- Réalisation des travaux en lien avec la pratique organisationnelle requise (POR) « transfert de l'information aux points de transition des soins » et son application au sein de notre CIUSSS.
- Présentation des stratégies des directions cliniques mises en place afin d'exercer leur leadership sur l'organisation des soins dans le but de prévenir les chutes.
- Déploiement de la politique et des procédures du code bleu (réanimation cardiorespiratoire) et code rose (réanimation cardiorespiratoire pédiatrique) dans les installations hospitalières de soins de courte durée, et mise en place du comité de réanimation.
- Présentation des dossiers spécifiques par les comités partenaires :
 - le bilan des activités du comité zone de piégeage;
 - l'avancement des travaux du comité directeur prévention du suicide;
 - le rapport annuel du comité alertes et rappels;
 - les actions prises lors d'une importante éclosion d'infection nosocomiale « Bacilles Gram négatif producteur de Carbapénèmases (BGNPC) » à l'automne 2021 et le partage des données liées à la pandémie de la COVID-19 par le comité de prévention et contrôle des infections.
- Intégration des activités réalisées par le comité de sécurité de l'information au comité de gestion des risques (CGR) du CIUSSS-EMTL pour permettre un meilleur arrimage des risques liés à la sécurité de l'information et aux autres risques organisationnels.
- Réalisation d'une cartographie des risques touchant l'utilisateur sur la télésanté et la sensibilisation contre les cyberattaques dans une perspective de sécurité informationnelle et technologique.
- Déploiement du « modèle de soutien intégré auprès des Résidences privées pour aînés (RPA) – Ressources non institutionnelles (RNI) – Ressources alternatives (RA) » :
 - renforcement de notre responsabilité populationnelle tout en respectant le cadre législatif qui limite nos leviers d'intervention (RPA);
 - soutien continu, fluide et proactif auprès des partenaires grâce à la collaboration avec les diverses directions de l'établissement;
 - vigie quant à la prestation sécuritaire/qualité des soins et services;
 - prévention du déconditionnement cognitif et physique chez nos usagers en perte d'autonomie;
 - protection des milieux de vie en appliquant judicieusement les mesures de prévention et contrôle des infections;
 - Fluidité hospitalière (NSA).

Actions réalisées par le comité de gestion des risques en lien avec la surveillance, la prévention et le contrôle des infections nosocomiales

- Vigilance accrue sur la sécurité des usagers et la prévention et contrôle des infections (PCI).
- Protection des milieux de vie par l'application judicieuse des mesures de prévention et contrôle des infections.
- Promotion et vigie sur l'hygiène des mains.

- Maintien des plans d'action en lien avec la COVID-19 pour tous les secteurs de l'établissement.
- Vigie des indicateurs liés au suivi des infections nosocomiales par le comité de prévention et contrôle des infections :
 - cas nosocomiaux/éclosions reliés à la COVID-19 (Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) – Hôpital Santa Cabrini Ospedale (HSCO), Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM)).
 - cas nosocomiaux/éclosions reliés au *Clostridium difficile* (HMR, HSCO, IUSMM).
 - cas nosocomiaux/éclosions reliés au Staphylocoque aureus résistant à la méthicilline (SARM) (HMR, HSCO, IUSMM).
 - cas nosocomiaux/éclosions reliés à l'Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) (HSCO et IUSMM).
 - cas nosocomiaux/éclosions reliés aux Bacilles Gram négatifs multirésistants (BGNMR) (HMR, HSCO, IUSMM).
 - cas nosocomiaux/éclosions reliés aux Bacilles Gram négatifs producteurs de carbapénémases (BGNPC) (HMR, HSCO, IUSMM).

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

Un rapport annuel portant sur l'application des mesures de contrôle a été réalisé par la Direction des soins infirmiers (DSI) en étroite collaboration avec la Direction des services multidisciplinaires (DSM), volet pratiques professionnelles. Conformément aux exigences de l'article 118.1 de la LSSSS, l'organisation est tenue de faire état des principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle. Les principaux faits saillants issus du rapport déposé au comité de vigilance et de la qualité (CVQ) pour l'exercice financier 2021-2022 sont cités ci-dessous.

- Une formation générique sur l'application des mesures de contrôle est toujours disponible sur la plateforme *Environnement numérique d'apprentissage* (ENA).
- Une formation spécifique a été développée pour le secteur de la santé mentale.
- Plus de 1 400 heures de formation relatives à l'application des mesures de contrôle ont été dispensées au personnel de soins infirmiers dans divers secteurs du CIUSSS-EMTL.
- De nombreuses demandes de soutien cliniques ont été effectuées et répondues avec l'aide des conseillères en soins infirmiers, des conseillères cadres en soins infirmiers et des services multidisciplinaires.
- Le registre des données harmonisées portant sur l'application des mesures de contrôle a connu un avancement marqué et est en phase de finalisation.
- Un projet pilote sur l'utilisation d'une salle alternative à l'unité de psychiatrie légale (unité 204) de l'IUSMM est en cours et son utilisation fait partie intégrante du plan d'intervention de 11 sur 18 usagers de cette unité de soins.
- Trois projets de recherche sont en cours à l'IUSMM avec comme chercheuse principale Marie-Hélène Goulet, Ph. D. en sciences infirmières.
- Le protocole et la grille d'audit en lien avec le critère à priorité élevée « Mesures de contrôle » (Agrément Canada) ont été revus et diffusés. La boîte à outils disponible sur l'intranet de l'établissement a également été bonifiée et mise à jour.
- La vigie sur l'utilisation des demi-portes en CHSLD s'est poursuivie de façon rigoureuse.
- Le comité vigie de la Direction des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance (DPSMDI) s'est réuni à 20 reprises afin d'assurer une vigie des applications de mesures de contrôle, de l'encadrement des pratiques et du soutien aux équipes de soins lors d'écart constaté.
- Le comité interdisciplinaire d'analyse de cas cliniques complexes en santé mentale, dont le but est de soutenir les équipes de soins dans l'analyse de cas complexes en lien avec le protocole d'application des mesures de contrôle (DPSMDI), s'est réuni à sept reprises et a reçu 15 demandes de dérogation.
- Le suivi de certains indicateurs :

- ✓ la prévalence de l'utilisation des mesures de contrôle Direction de l'hébergement en soins de longue durée;
- ✓ l'utilisation des mesures de contrôle (DPSMDI);
- ✓ les incidents et accidents liés à l'utilisation des mesures de contrôle.

Mesures mises en place par l'établissement et par le comité de vigilance et de la qualité à la suite des recommandations des instances suivantes :

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

En 2021-2022, les tableaux 1 et 2 ci-après démontrent que l'établissement a réalisé plus de 692 mesures correctives/recommandations à la suite des interventions de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et des commissaires adjoints. La mise en œuvre de celles-ci a contribué principalement à améliorer la qualité des services au niveau des soins et services offerts, des relations interpersonnelles ainsi que l'accessibilité à ces soins et services.

Missions	Motifs		Mesures	
	2021-22	2020-21	2021-22	2020-21
CHSGS	535	797	↓ 352	528
CHSP	87	128	↓ 28	43
CHSLD	↑ 193	155	118	90
CLSC	263	322	↓ 160	207
RPA	80	60	34	31
TOTAL	1 158	1 462	692	899

Le tableau ci-dessous démontre aussi que les principales catégories ayant justifié des mesures sont les soins et services dispensés, les relations interpersonnelles, suivies de l'accessibilité.

Motifs	Nombre de mesures	%
Accessibilité	156	13,5 %
Aspect financier	72	6,2 %
Autres/pandémie	23	2 %
Droits particuliers	122	10,5 %
Organisation du milieu et ressources matérielles	134	11,6 %
Relations interpersonnelles	211	18,2 %
Soins et services dispensés	369	31,9 %
Maltraitance	71	6,1 %
TOTAL	1 158	100 %

La pandémie de la COVID-19 a eu un impact moindre en 2021-2022. En effet, sur les 1 158 mesures demandées, seulement 17 l'ont été dans le cadre de la pandémie de la COVID-19, comme présentées dans le tableau 3 ci-après. Lesdites mesures portaient majoritairement sur l'organisation du milieu et les droits particuliers.

Tableau 3 – Répartition des mesures par motif dans le cadre de la pandémie		
Motifs	Nombre de mesures	%
Plaintes	15	88,2 %
Interventions	2	11,8 %
Assistances	N/A	0 %
TOTAL	17	100 %

Vous trouverez ci-dessous un aperçu des mesures mises en place par l'établissement suite aux recommandations de la commissaire :

- formation des employés à la politique de *Lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute personne majeure en situation de vulnérabilité* (POL-018);
- déménagement de la clientèle, aménagement des lieux en lien avec les besoins cliniques de la clientèle pour offrir un environnement décent, sécuritaire et adapté à la clientèle;
- plan de rehaussement et de développement de la pratique des éducateurs spécialisés pour l'amélioration de la qualité des services et le respect des droits de cette clientèle;
- rappel aux professionnels et préposés aux bénéficiaires de l'unité, l'importance de communiquer à l'infirmière les propos des usagers pouvant constituer un risque suicidaire;
- prise des mesures nécessaires afin que le protocole d'application des mesures de contrôle soit appliqué uniformément par les professionnels en soins infirmiers et que sa légitimité soit comprise par tous les acteurs impliqués auprès de la clientèle;
- sollicitation de la collaboration et la participation de la Direction de la qualité de l'évaluation, de la performance et de l'éthique pour une formation concernant l'obligation de remplir un AH-223;
- révision de la programmation clinique du module d'hospitalisation de la clientèle en santé mentale pour répondre aux services requis par les usagers;
- rappel sur l'importance de respecter la distanciation avec civilité dans le cadre de l'application des mesures sanitaires;
- évaluation clinique des résidents permettant de confirmer ou non la présence de négligence ou de maltraitance dans un milieu de vie;
- priorisation de l'implantation du *Programme québécois des soins buccodentaires et des soins d'hygiène quotidiens de la bouche* en CHSLD;
- rappel aux employés sur l'importance de s'identifier clairement avant un soin ou un service et d'afficher visiblement leur carte d'identité;
- mise en œuvre des mesures adéquates afin de prévenir toute forme de représailles à l'endroit des signalants.

Protecteur du citoyen

Pour la période couvrant le 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022, le CIUSSS-EMTL a reçu 12 rapports et trois avis d'intervention du Protecteur du citoyen. De ces rapports, huit étaient sans aucune

recommandation et quatre ont formulé 11 recommandations. De ces avis, quatre recommandations ont été émises. Les thématiques et mesures mises en place sont les suivantes :

- s'assurer en tout temps que les informations et la documentation en matière de soins palliatifs et de fin de vie soient disponibles aux usagers et à leurs proches : mesure réalisée;
- s'assurer que les ressources humaines et matérielles en matière de soins palliatifs et de fin de vie soient à la disposition du personnel : mesure réalisée;
- adopter une attitude empreinte de courtoisie, de civilité et de politesse et tenir des propos respectueux à l'endroit des usagers et des usagères : mesure réalisée;
- aviser le médecin de la possibilité de valider la nécessité d'initier une garde préventive dès qu'une personne manifeste le désir de quitter : mesure réalisée;
- prendre rapidement des mesures afin de respecter les droits d'une personne lorsque son aptitude est mise en doute. Dans le cas où elle est apte, s'assurer de respecter son refus de soins et, dans le cas où elle est inapte, rechercher un consentement substitué ou soumettre le tout à l'appréciation du tribunal : mesures réalisées;
- rappeler au personnel qu'une personne n'est pas obligée de signer le formulaire AH-110 à la section « Refus de traitement » avant de quitter les lieux : mesure réalisée;
- s'assurer par le biais de capsules de formation, de l'application des mesures de contrôle en conformité avec le protocole interdisciplinaire : mesure réalisée;
- mettre en place, avec le consentement de l'utilisateur, un plan de services individualisés (PSI) permettant de mobiliser tous les intervenants impliqués autour d'une vision commune des soins et services à domicile pour la personne et ses proches aidants : mesure réalisée;
- évaluer les besoins des proches aidants et rendre disponibles, si requis, les différentes modalités de répit-dépannage : mesure réalisée;
- réviser la fréquence des transferts et autres mobilisations effectuées à deux personnes et ajuster le plan d'aide, le cas échéant : mesures réalisées;
- s'assurer que tout le personnel soignant appelé à travailler sur une unité spécialisée possède les connaissances requises pour effectuer de façon sécuritaire les déplacements des usagers et usagères : mesure réalisée;
- signaler à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS-EMTL, les faits rapportés concernant des manquements et des pratiques inadéquates de la part du personnel pour qu'ils soient examinés : mesure réalisée;
- s'assurer que le personnel du CIUSSS-EMTL qui reçoit des informations concernant des situations préjudiciables envers les personnes âgées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité en fasse le signalement à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services : mesure réalisée;
- effectuer un bilan des impacts du déploiement du tableau interactif de gestion des lits : mesure réalisée;
- réaliser un bilan des impacts de la mise en œuvre du projet concernant la planification précoce et conjointe du congé 2.0 : mesure en cours de réalisation.

Coroner

Pour la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022, le CIUSSS-EMTL a reçu cinq recommandations formulées dans cinq rapports du coroner. Les thématiques et mesures mises en place sont les suivantes :

- prendre les mesures nécessaires pour assurer une surveillance accrue des patients qui présentent un risque de chute important afin d'assurer un milieu de vie sécuritaire qui correspond à leurs besoins : mesures réalisées;
- prendre des mesures pour s'assurer que les usagers vulnérables que sont les âgés en perte d'autonomie aient accès aux services psychosociaux, notamment les services visant à assurer leur protection, en temps opportun : mesures réalisées;

- effectuer une étude rétroactive du dossier de l'usager afin d'identifier toute lacune dans les programmes existants en matière de prévention des chutes pour les aînés à domicile, et ce, afin de garantir l'accès aux services aux aînés vivant à l'extérieur du réseau d'hébergement public : mesures réalisées;
- revoir la prise en charge de l'usager et plus spécifiquement, évaluer la décision de lui donner son congé hospitalier et évaluer la qualité du suivi offert suivant le congé : mesures en cours de réalisation;
- réviser le dossier de l'usager concernant l'absence d'évaluation de son risque suicidaire malgré ses problématiques particulières en faisant un usager extrêmement vulnérable : mesure en cours de réalisation.

Autres instances - Commission canadienne de la sûreté nucléaire

Pour la période couvrant le 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022, le CIUSSS-EMTL a reçu sept recommandations formulées dans un rapport d'inspection de la Commission canadienne de la sûreté nucléaire. Les thématiques et mesures mises en place sont les suivantes :

- s'assurer d'établir des critères dans le mandat d'un de ses comités pour l'évaluation en continu du programme de radioprotection : mesure réalisée;
- indiquer distinctement les différents dispositifs d'arrêt tels que les boutons d'arrêt d'urgence ou les boutons d'arrêt de porte : mesure réalisée;
- réviser les seuils administratifs et d'intervention décrits dans le programme de radioprotection afin qu'ils soient réalistes et qu'ils puissent indiquer une perte de contrôle d'une partie du programme de radioprotection : mesure réalisée;
- éliminer les sources radioactives qui ne sont pas utilisées : mesure réalisée;
- transférer la source de Cs-137 qui n'est pas utilisée sous le permis de catégorie II au permis de la CCSN de médecine nucléaire : mesure réalisée;
- formaliser la mise hors service de l'équipement réglementé durant un entretien : mesure réalisée;
- discriminer chaque étape des tests mensuels et quotidiens dans QA Track + : mesure réalisée.

Personnes mises sous garde 2021-2022

Catégorie	Mission CH	Mission CHSLD	Mission CLSC	Mission CR	Total établissement	
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	1 383	()	N/A	N/A	1 383	
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	211	Voir note 1
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	360	()	N/A	N/A	360	Voir note 2
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde autorisées en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Sans objet	927	Voir note 3
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	895	()	N/A	N/A	895	Voir note 3

() : nombre trop petit pour en permettre la publication.

Note 1 :

L'établissement comptabilise les gardes provisoires présentées par le Service des affaires juridiques pour la clientèle hospitalisée.

Note 2 :

Les ordonnances de garde provisoire exécutées comprennent celles demandées par le CIUSSS-EMTL et celles demandées par des tiers ou en CLSC. Voir tableau complémentaire 1.

Note 3 :

Nombre de demandes faites au tribunal, incluant celles pour une 1^{re} garde ou un renouvellement. Voir tableau complémentaire 2. Il peut arriver qu'une demande de garde autorisée ou de renouvellement soit complétée, mais qu'elle ne soit finalement pas présentée au tribunal (ex. : désistement de l'établissement).

TABLEAU COMPLÉMENTAIRE 1

	Total
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées (demandes préparées par le CIUSSS-EMTL)	211
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées par le CIUSSS-EMTL (informations non disponibles à propos du demandeur, CIUSSS-EMTL ou externe du CIUSSS-EMTL)	149
Total	360

TABLEAU COMPLÉMENTAIRE 2

	Total
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde autorisées en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	769
Nombre de demandes de renouvellement	158
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde autorisées en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement (incluant les renouvellements)	927
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	895

L'examen des plaintes et la promotion des droits

Les usagers ont accès à une section informative dans le site Web du CIUSSS-EMTL leur donnant tous les renseignements s'ils souhaitent une demande de consultation, une assistance, ou encore, déposer une plainte auprès du commissaire ou du médecin examinateur s'il s'agit d'une plainte médicale. Ils ont également accès 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.

Le dépliant intitulé « Améliorer la qualité des services : notre préoccupation constante! » a été distribué dans toutes les installations du CIUSSS-EMTL et il est disponible sur demande. Un formulaire permettant aux usagers d'exprimer leur satisfaction ou leur insatisfaction est également disponible dans tous les services d'accueil.

En parallèle, une section pour les employés est disponible dans l'intranet. Elle fournit toutes les informations nécessaires pour accompagner les usagers dans la procédure à suivre si un usager, son représentant veulent communiquer avec le commissariat aux plaintes et à la qualité des services.

Pour joindre le commissariat, consultez le site Web du CIUSSS au ciuss-estmtl.gouv.qc.ca, sous la section « Nous joindre ».

L'information et la consultation de la population

Information à la population

Le CIUSSS-EMTL a mis en place plusieurs moyens pour informer la population sur l'organisation des services ou encore pour lui transmettre des conseils de santé. Ainsi, en mai 2019 l'établissement a lancé un nouveau site Internet et du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022, le site a reçu 1 554 574 visites par 1 490 733 utilisateurs uniques. De plus, tout au long de l'année, le CIUSSS a communiqué à ses 29 016 abonnés sur les réseaux sociaux (27 pages Facebook, LinkedIn, Twitter, Instagram, YouTube), soit 7 854 de plus que l'année précédente.

Par l'intermédiaire de son site Internet et des réseaux sociaux, la population peut en tout temps écrire pour poser des questions ou exprimer une insatisfaction. Un processus interne permet de faire le lien avec la direction concernée pour apporter une réponse dans les meilleurs délais. De plus, un numéro de téléphone est également disponible pour les personnes qui sont moins à l'aise avec les réseaux sociaux.

Dans le cadre de la gestion de la pandémie, le CIUSSS a déployé une panoplie importante de moyens de communication afin de joindre la population et l'informer des services de dépistage et de vaccination. En effet, en plus de l'utilisation de ses moyens habituels de communication (relations médias, site Internet, réseaux sociaux), le CIUSSS a développé plus d'une vingtaine de dépliants et d'affiches traduits en six langues différentes et a acheté de la publicité dans les journaux locaux afin d'informer les résidents de l'Est sur les ouvertures des cliniques de dépistage et de vaccination. Les organisateurs communautaires ont également sillonné les différents quartiers en s'associant aux commerçants et aux organismes communautaires pour distribuer les dépliants à la population.

Dans le cadre de l'élaboration d'un plan de rétablissement postpandémie et dans l'objectif d'impliquer la population dans l'identification des services à mettre en place pour favoriser le rétablissement, le CIUSSS a entrepris une vaste consultation de la population par le biais d'un sondage (1 570 personnes) ainsi que des *focus groups* auprès de personnes présentant des vulnérabilités plus particulières. Les résultats de cette consultation ont été présentés aux

gestionnaires et aux principaux partenaires du CIUSSS. Ils composent actuellement la base de la discussion pour l'élaboration du plan de rétablissement de l'Est de Montréal.

Enfin, le 3 novembre 2021, le CIUSSS a tenu une séance publique d'information afin de faire le bilan de l'année.

Contribution à l'égard de l'organisation des services et satisfaction en regard des résultats obtenus

Le Bureau de l'évaluation de l'expérience patient (BEEP) de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQÉPÉ) a mené différentes enquêtes dans les directions clientèle afin de sonder l'expérience des usagers, de leurs familles et de leurs proches pour de voir les pistes d'amélioration à apporter aux soins et services offerts.

Le BEEP utilise l'indice de l'expérience patient (IEP) permettant une évaluation à un niveau stratégique de la qualité perçue des utilisateurs de soins et services. Cet indice est composé de sondages réalisés au BEEP, au Service de la performance et coordination des projets organisationnels et au sein d'équipes cliniques. Le résultat de l'indice est calculé en fonction d'une échelle de 0 à 100 et se compose de 12 dimensions de l'expérience patient. Dans un souci d'équilibre et de stabilité de l'indice, seules les dimensions ayant eu plus de 1 000 réponses présentes dans plusieurs enquêtes sont présentées.

Présentation des résultats de l'IEP

- L'IEP est basé sur 16 enquêtes réalisées entre l'automne 2018 et l'été 2021. L'IEP représente la perception sur la qualité des soins et des services de près de 5 000 usagers ou proches parents. Ce sont plus de 57 000 réponses réparties dans les 12 dimensions de l'IEP.
- Les zones d'excellence, soit les dimensions qui atteignent la cible de 90, sont les suivantes :
 - **Respect (97)** : implique des comportements empreints de discrétion dans un environnement attentif à la vie privée de l'utilisateur.
 - **Empathie (95)** : attitude qui permet d'exprimer notre compréhension de ce que l'autre ressent.
 - **Apaisement (94)** : attitude propre à calmer, à rassurer une personne et à lui procurer une tranquillité d'esprit, un sentiment de sécurité et de confiance.
 - **Confort (92)** : sentiment de bien-être résultant d'un environnement physique chaleureux, caractérisé par des lieux sécuritaires, propres et ordonnés.
- Les zones d'amélioration sont les dimensions sous la cible de 80. Une seule dimension est dans cette zone pour cette édition :
 - **Simplicité (79)** : qualité destinée à faciliter l'utilisation, la compréhension des services et la souplesse des systèmes face aux circonstances.

Depuis la dernière publication de l'IEP en mars 2020, il y a eu des ajouts de nouvelles enquêtes ainsi que des enquêtes mises à jour. Voici le détail des enquêtes ajoutées et mises à jour pour cette année :

Ajouts d'enquête

- Questionnaire sur les services de soutien à domicile, programme de déficience physique du DI-TSA-DP.
- Expérience des proches aidants en CHSLD dans le contexte de la COVID-19.
- Évaluation de l'expérience de la clientèle en cancérologie.
- Évaluation de l'expérience à la clinique de vaccination contre la COVID-19 au Stade olympique.
- Évaluation des soins et services donnés aux usagers du Centre d'expertise en maladies chroniques (CEMC).

Mises à jour d'enquête

- Évaluation de l'expérience de la campagne de vaccination Influenza année 2020-2021.

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

Résumé du rapport

Chaque année, le président-directeur général doit faire rapport au C.A. sur l'application de la politique portant sur les soins de fin de vie. L'établissement doit inclure un résumé de ce rapport dans son rapport annuel de gestion. Voici donc un résumé des activités réalisées au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL) concernant les soins de fin de vie.

Les activités mises en place

Après près de sept ans d'implantation, le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL) présente dans ce document l'avancement des travaux concernant le déploiement des soins de fin de vie pour sa population de l'Est de l'île de Montréal.

Ce rapport montre l'engagement et la volonté du CIUSSS-EMTL d'offrir à sa population les conditions nécessaires pour permettre l'accompagnement en fin de vie en toute dignité et dans le respect des choix individuels.

Les données s'y retrouvant couvrent la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022.

Ces données indiquent le nombre de :

- personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs;
- sédations palliatives continues administrées;
- demandes d'aide médicale à mourir formulées;
- demandes d'aide médicale à mourir administrées;
- demandes d'aide médicale à mourir qui n'ont pas été administrées et les motifs pour lesquels l'aide médicale à mourir n'a pas été administrée.

Réalisations de l'année 2021-2022

Malgré le contexte de la pandémie qui a occupé une grande partie de notre temps et nos ressources, quelques réalisations en lien avec les SPFV ont pu être menées.

Au niveau du groupe interdisciplinaire sur les directives médicales anticipées (DMA), la sédation palliative et l'aide médicale à mourir (AMM)

Dans le contexte de la pandémie, le Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) pour l'aide médicale à mourir a tenu trois rencontres et le soutien clinique a été maintenu.

De plus, le rapport du sondage interne pour mesurer les besoins de soutien des équipes cliniques a été déposé. L'analyse des résultats a révélé la nature des besoins de soutien et la nécessité de mieux faire connaître le GIS. Un plan de communication a été proposé pour un déploiement en 2022-2023. Le GIS a organisé un webinaire sur l'évolution de la loi de l'aide médicale à mourir et les changements à venir dans l'offre de service. Le GIS a également participé à l'étude provinciale de Catherine Perron, doctorante de l'Université de Montréal, sur l'amélioration continue des GIS.

Groupe interdisciplinaire sur la formation et le développement des compétences en soins palliatifs selon le Plan ministériel de développement (PMD)

Depuis 2015 :

- 76,4 % de nos intervenants ont reçu le niveau 2 de la formation soins palliatifs et de fin de vie;
- 64,99 % de nos intervenants ont reçu le niveau 3 de la formation soins palliatifs et de fin de vie.

Les formations demeurent disponibles sur la plateforme ENA.

Groupe continuum de soins et services de soutien à domicile (SAD)

Maintien de l'équipe dédiée soins palliatifs SAD au CSSS Lucille-Teasdale (LTEAS).

Mise en place d'infirmières dédiées soins palliatifs pour RLS Pointe-de-l'Île, l'équipe est centralisée au CLSC de Mercier-Est et sous le chef de service de cette équipe SAD.

Mise en place d'infirmières soins palliatifs pour le RLS Saint-Léonard–Saint-Michel.

Entente de service conclue avec notre partenaire la Société des soins palliatifs du Grand Montréal.

47 % de nos usagers en soins palliatifs à domicile sont décédés à la maison.

Soutien clinique lors des situations complexes offert par les conseillères en soins infirmiers dédiées aux soins palliatifs.

Groupe continuum Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)

Le projet de repérage précoce est toujours en vigueur dans les CHSLD. Les équipes utilisent les formulaires et font le Palliative performance scalène (PPS) et l'évaluation de la douleur.

INFORMATIONS SUR LES ACTIVITÉS DE SOINS DE FIN DE VIE

Voici les données qui couvrent la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022 reliées aux activités de soins de fin de vie depuis le premier rapport.

Direction générale des services de santé et médecine universitaire
Application de la politique concernant les soins de fin de vie
Rapport du directeur général au C.A. de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie

Article 8 de la Loi concernant les soins de fin de vie (RLRQ, chapitre S-32.0001)

POUR LA PÉRIODE DU 1^{ER} AVRIL 2021 AU 31 MARS 2022

		Site ou installation				
Activité	Information demandée	Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	Total
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre hospitalier de courte durée					
	• Nombre d'usagers suivis dans les lits dédiés en soins palliatifs	765				2 376
	• Nombre d'usagers suivis en clinique externe de soins palliatifs	661				
	• Nombre d'usagers suivis sur les unités de soins par l'équipe de soins palliatifs	950				
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée		558			558
Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie à domicile			938		938	
	Nombre de personnes en soins palliatifs et de fin de vie en maison de soins palliatifs (Maison de soins palliatifs Le Phare : admission)				8	8
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	<i>Formulaire de consentement à la sédation palliative continue</i>				86
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	<i>Formulaire de demande d'aide médicale à mourir (33 demandes en attentes/en cours au 31 mars 2022)</i>				218

Activité	Information demandée	Site ou installation				Total
		Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	<i>Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir</i> (CH : 75 – CHSLD : 5 – Domicile : 38)				118
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs de la non administration	<i>Formulaire de déclaration de l'administration AMM - Partie 1</i> <i>Formulaire d'avis d'un second médecin sur le respect des conditions pour obtenir l'aide médicale à mourir</i> <ul style="list-style-type: none"> • Décès avant le soin ou évaluation : 37 • Perte de capacité à consentir et/ou transfert en sédation palliative : 16 • Changement d'avis : 4 • Non éligible : 3 • Transfert d'établissement : 5 • Autres : 2 				67

7. LES RESSOURCES HUMAINES

L'établissement présente les principales informations relatives aux ressources qui sont à son emploi.

Répartition de l'effectif en 2021 par catégorie de personnel
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (1104-5200)

	Nombre d'emploi au 31 mars 2021			Nombre d'ETC en 2020-2021		
	2021	2021 COVID	2021 Total	2021	2021 COVID	2021 Total
1 – Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	4 242	277	4 519	3 367	56	3 423
2 – Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	6 114	1 620	7 734	4 447	651	5 098
3 – Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	2 311	399	2 710	1 832	79	1 912
4 – Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	2 202	87	2 289	1 833	19	1 852
5 – Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales *	117	20	137	95	-	95
6 – Personnel d'encadrement	522	9	531	491	5	496
8 – Personnel embauché temporairement par arrêté ministériel	-	219	219	-	11	11
Total	15 508	2 631	18 139	12 065	822	12 887

* Soit les pharmaciens, les biochimistes cliniques, les physiciens médicaux, 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'année financière. Les personnes qui, au 31 mars, occupent un emploi dans plus d'un établissement sont comptabilisées pour chacun de ces emplois.

Nombre d'équivalent 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

11045200 - CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	Comparaison sur 364 jours pour 2020-2021		
	2021-03-28 au 2022-03-26		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées
1 – Personnel d'encadrement	939 186	45 213	984 399
2 – Personnel professionnel	2 740 335	41 153	2 781 488
3 – Personnel infirmier	6 352 486	589 121	6 941 607
4 – Personnel de bureau, technicien et assimilé	13 020 717	580 199	13 600 917
5 – Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2 579 758	115 264	2 695 022
6 – Étudiants et stagiaires	108 690	1 254	109 944
Total 2021-2022	25 741 172	1 372 204	27 113 376
Total 2020-2021			26 049 542

Cible 2021-2022 27 113 376

Écart 0

Écart en % 0,0 %

L'établissement atteint la cible du total des heures rémunérées.

8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES

Répartition des dépenses des activités principales par programmes-services

Utilisation des ressources budgétaires et financières par programme

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variations des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	Écart*	%**
Programmes-services						
Santé publique	55 604 262 \$	3	123 920 407 \$	7	68 316 145 \$	123
Services généraux – activités cliniques et d'aide	44 790 964 \$	3	64 453 540 \$	3	19 662 576 \$	44
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	361 621 444 \$	23	476 818 956 \$	25	115 197 512 \$	32
Déficience physique	26 101 203 \$	2	32 678 597 \$	2	6 577 394 \$	25
Déficience intellectuelle et TSA	11 614 537 \$	1	13 774 126 \$	1	2 159 589 \$	19
Jeunes en difficulté	11 110 105 \$	1	13 021 548 \$	1	1 911 443 \$	17
Dépendances	1 310 037 \$	0	1 415 159 \$	0	105 122 \$	8
Santé mentale	205 915 474 \$	13	234 311 125 \$	12	28 395 651 \$	14
Santé physique	497 043 881 \$	31	551 668 526 \$	29	54 624 645 \$	11
Programmes soutien						
Administration	95 622 347 \$	6	109 504 696 \$	6	13 882 349 \$	14
Soutien aux services	146 174 312 \$	9	143 455 146 \$	8	(2 719 166 \$)	(2)
Gestion des bâtiments et des équipements	136 080 909 \$	8	119 568 839 \$	6	(16 512 070 \$)	(12)
Total	1 592 989 475 \$	100%	1 884 590 665 \$	100%	291 601 188 \$	18

* : 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

Pour plus d'informations sur les ressources financières, consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel AS-471 disponible à ciusss-estmtl.gouv.qc.ca > Ressources > Documentation > Rapports annuels et financiers.

Équilibre budgétaire

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

Pour le présent exercice, il a réalisé un surplus de 2 431 736 \$. Par conséquent, l'établissement a respecté cette obligation légale.

Contrats de service

Tableau : Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	23	1 409 578 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	385	74 869 968 \$
Total des contrats de services	408	76 279 546 \$

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

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

9. LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Dans le contexte de la pandémie de la COVID-19, la Direction des ressources technologiques (DRT) a répondu prioritairement aux besoins suivants :

- dépistage/vaccination;
- service de soins COVID-19 directs aux usagers et prévention communautaire;
- télétravail et télésanté;
- infrastructures technologiques/risques de bris de services;
- cybersécurité;
- demandes avec opportunité de financement rapide;
- demandes liées à des obligations/orientations ministérielles et/ou contractuelles;
- demandes liées aux orientations stratégiques et priorités organisationnelles.

Cela s'est traduit par les réalisations suivantes pour chacun de nos secteurs d'activités :

Ressources technologiques

Plus de 4 500 postes de travail remplacés et autres équipements pour une valeur de 6,6 M\$ et plusieurs projets dont :

- **COVID-19**
 - Déploiement des cliniques de vaccination et de dépistage.
- **Aménagements/déménagements/relocalisations/transferts d'activités**
 - GMF au CLSC de Hochelaga-Maisonneuve.
 - Pédiatrie et pédopsychiatrie au Pavillon Rosemont de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.
 - 2^e étage au CHSLD J.-H. Charbonneau.
- **Secteurs cliniques**
 - Rehaussement du système d'imagerie médicale (PACS) à l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale (HSCO).
 - Poursuite des travaux de réorganisation 1^{re} ligne.
 - Ajout du module de billetterie à l'urgence de l'HSCO.
 - Déploiement d'un logiciel d'annotation d'images de fonds d'œil en ophtalmologie.
 - Remplacement du système de rapport d'images d'échographie obstétrique.
 - Rehaussement du dossier clinique informatisé dans certaines installations.
- **Téléphonie**
 - Rehaussement du système téléphonique des territoires du CSSS Lucille-Teasdale, de Saint-Léonard et Saint-Michel, et stabilisation du système téléphonique à la Pointe-de-l'Île.
- **Autres équipements**
 - Plus de 180 cellulaires, 300 téléphones filaires et 100 iPad principalement en CHSLD, ordinateurs.

- **Renforcement de la sécurité**

- Mise en place d'un logiciel de détection et de réponse des points d'accès et de la gestion des identités.
- Mise en place d'une surveillance 24/7 des événements de sécurité.
- Renforcement de la sécurité sur actifs d'infrastructure.

Génie biomédical

Plus de 2 750 équipements médicaux déployés pour une valeur de 19 M\$ dont :

- remplacement d'un accélérateur linéaire haute énergie en radio-oncologie;
- remplacement d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique IRM à l'HSCO;
- remplacement de deux salles de scopie à l'HMR;
- remplacement de 28 appareils d'hémodialyse;
- remplacement du parc d'endoscopes à l'HMR et l'HSCO;
- remplacement des équipements de laboratoires Optilab-CHUM;
- remplacement des échographes pour les blocs opératoires de l'HMR, l'HSCO et la radio-oncologie
- remplacement des laveurs décontaminateurs et stérilisateurs à l'URDM de l'HMR;
- remplacement d'équipements au CETC, à la Direction jeunesse, en première ligne, en réadaptation et dans les unités de soins à l'HMR, l'HSCO et l'IUSMM.

En soutien à la planification stratégique du CIUSSS-EMTL ainsi qu'en lien avec le plan de transformation numérique du secteur de la santé, les projets réalisés et les équipements remplacés ont contribué principalement à :

- l'amélioration des soins et services aux patients (sécurité, accès, qualité et performance);
- la mise en place d'un environnement de travail performant et sécuritaire;
- la mise en place d'infrastructures technologiques flexibles et performantes;
- la mise en place d'un environnement de santé numérique, en prévision de l'arrivée du dossier santé numérique.

Ils visaient à faire face aux enjeux et problématiques actuelles :

- fortes désuétudes des infrastructures technologiques et téléphoniques;
- sécurité à parfaire;
- systèmes d'information déficients.

Et à minimiser les impacts découlant de ces enjeux :

- soins et services aux patients sous-optimaux;
- sous-utilisation des technologies pour la qualité des soins;
- milieu clinique moins attrayant pour la nouvelle génération;
- perte d'efficacité des employés dans un contexte de pénurie.

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2022

Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant

Un montant de 247 875\$ de projets de recherche terminés a été présenté aux revenus reportés plutôt qu'aux résultats.	2019-2020	0510 Observation	L'établissement ne s'est pas conformé à l'ensemble des directives de l'annexe H puisque des projets terminés en surplus, ont été comptabilisés aux revenus reportés plutôt qu'aux résultats. Cette situation ainsi que les enjeux sont connus du ministère, notamment la pérennité des activités de recherche à long terme. Des discussions avec le MSSS sont en cours afin de régulariser cette situation.	0610 Partiellement réglé
Le CIUSSS n'a pas comptabilisé de provision salariale en lien avec l'indexation et les forfaitaires de l'exercice terminé le 31 mars 2021 de certains corps d'emploi, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2020-2021	0500 Réserve	L'établissement a comptabilisé la dépense liée à l'indexation et aux forfaitaires au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2022.	0600 Régulé
Le CIUSSS a obtenu une subvention en lien avec les charges et pertes de revenus, déduction faite des économies 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 adéquats en ce qui concerne l'exactitude des charges engendrées, les économies et les pertes de revenus prises en compte, et donc, ne peut déterminer si des ajustements pourraient devoir être apportés aux montants comptabilisés.	2020-2021	0500 Réserve	Une comptabilisation des coûts covid a été faite conformément aux directives du MSSS.	0620 Non réglé

Rapport à la gouvernance

Les pilotes ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès aux applications financières alors qu'ils devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles, ce qui ne permet pas d'atteindre la mesure 4.2.1 du cadre global de gestion. Toutefois, nous sommes au courant que selon la politique provinciale de sécurité de l'information et le cadre de gestion de la sécurité de l'information, chaque division est responsable de la gestion de ses propres applications.	2014-2015	0510 Observation	Une politique encadrant la gestion des accès (POL058) a été mise en place en 2018-2019. Étant donné que les pilotes peuvent eux-mêmes être utilisateurs, des mesures supplémentaires doivent être mises en place afin d'assurer le contrôle et la vérification des accès et des journaux pour les applications GRF et Virtuo-Paie. La révision des journaux pourrait être réalisée de deux à trois fois par année par une équipe indépendante (sécurité de l'information par exemple). Cette observation s'applique dans une majorité des CISSS et CIUSSS et c'est pour cette raison d'efficacité des pilotes de systèmes que l'établissement conserve la même façon de faire. Avec les contrôles compensatoires en place, le risque est mineur par rapport au gain d'efficacité au sein des équipes.	0610 Partiellement réglé
La direction a mis en place au cours de l'exercice 2011-2012 un processus de surveillance de l'efficacité des contrôles internes de l'établissement. En 2013-2014,	2014-2015	0510 Observation	L'organisation a mis en place une série de contrôles depuis sa création et ils ont été améliorés au fur et à	0610 Partiellement réglé

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	Etat de la problématique au 31 mars 2022
la description de tous les contrôles s'est poursuivie et les résultats de la surveillance des contrôles effectués ont été transmis au comité d'audit en mars 2014. L'échéancier de la surveillance des contrôles reste à établir. La personne chargée de surveiller l'efficacité des contrôles internes participe à l'exécution de ces mêmes contrôles, ce qui est contraire aux principes de base de la surveillance de l'efficacité de ces contrôles internes.			mesure que des révisions faisaient ressortir des besoins de rajouter ou de modifier des contrôles. Ce processus continu s'effectue à l'intérieur des équipes concernées.	

11. DIVULGATIONS D'ACTES RÉPRÉHENSIBLES REÇUES ET TRAITÉES AU CIUSSS-EMTL

Aucun acte répréhensible concernant l'établissement n'a été divulgué en 2021-2022.

**ANNEXE 1 – CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES
ADMINISTRATEURS DU CIUSSS DE L'EST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL EN
VERTU DE LA LOI SUR LE MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF**

TABLE DES MATIÈRES

<u>PRÉAMBULE</u>	2
<u>Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES</u>	3
<u>Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE</u>	6
<u>Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS</u>	10
<u>Section 4 — APPLICATION</u>	12
<u>Annexe I – Engagement et affirmation du membre</u>	17
<u>Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance</u>	18
<u>Annexe III – Déclaration des intérêts des administrateurs</u>	19
<u>Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général</u>	19
<u>Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts</u>	24
<u>Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts</u>	25
<u>Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen</u>	26

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

Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

Fondement légal

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

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

Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Champ d'application

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

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.

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

Principes d'éthique

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

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

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

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 objectives et suffisantes.
- Partager avec les membres du conseil d'administration, toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

8.5 Discrétion et confidentialité

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

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

1.12 Réputation et crédibilité

- Agir avec intégrité, objectivité et loyauté dans l'intérêt de l'établissement afin d'en préserver la réputation et la crédibilité.
- Déclarer au conseil d'administration toute information ou situation, passée, actuelle, ou prévisible l'impliquant directement ou indirectement et qui est susceptible d'affecter la réputation ou la crédibilité de l'établissement.

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V.

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

Section 4 – APPLICATION

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

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

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

18. Comité d'examen *ad hoc*

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

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

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

- a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, au 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 comité de gouvernance et d'éthique, avant adoption par le conseil d'administration de la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

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

19.4 Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de

faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

ANNEXES

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Coordonnées du bureau d'élection

Je, soussigné, _____, membre du conseil d'administration du **CIUSSS de l'Est-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 _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le _____.

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

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

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

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

Nom du commissaire à l'assermentation	Signature	

3. TITRE D'ADMINISTRATEUR

Aucun

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 qu'à titre d'administrateur du CIUSSS-EMTL.

Autre

En plus de mes fonctions à titre d'administrateur du CIUSSS-EMTL, 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(s) ci-après :

4. EMPLOI

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

5. ENGAGEMENT

Je déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CIUSSS-EMTL. Je m'engage à mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CIUSSS-EMTL.

Et, j'ai signé à Montréal, le _____.

Définitions²

Le fait de se trouver en conflit d'intérêts ne signifie nullement que l'administrateur concerné est malhonnête. Ce seul fait ne prouve pas non plus qu'il privilégiera son intérêt personnel au détriment de l'intérêt du CIUSSS-EMTL dont il est garant. Par contre, le fait de se trouver dans des situations de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent peut miner la confiance du public à l'égard de l'intégrité et de l'impartialité de l'établissement.

Apparence de conflit d'intérêts

Toute situation dans laquelle une personne raisonnablement informée peut conclure que l'administrateur présente des intérêts personnels ou professionnels concurrents avec les intérêts du CIUSSS-EMTL, intérêts qui pourraient l'influencer sur la manière dont il s'acquitte de ses obligations à titre d'administrateur du CIUSSS-EMTL.

Conflit d'intérêts potentiel

Toute situation susceptible de survenir, mais qui ne l'est pas encore, dans la mesure où l'administrateur n'a pas encore assumé les fonctions ou pris les responsabilités qui pourraient placer ses intérêts personnels ou professionnels en concurrence avec ceux du CIUSSS-EMTL;

Conflit d'intérêts

Toute situation dans laquelle l'administrateur présente des intérêts personnels ou professionnels concurrents avec les intérêts de l'établissement qui peuvent l'influencer sur la manière dont il s'acquitte de ses obligations à titre d'administrateur du CIUSSS-EMTL.

Liens personnels

Ont des liens personnels les conjoints et les personnes physiques unies par les liens du sang, du mariage, de l'union civile, de l'union de fait ou de l'adoption, dont notamment :

- Les ascendants (parents), les descendants (enfants), les frères ou sœurs;
- Conjoints mariés, en union civile ou en union de fait;
- Le (la) conjoint(e) du fils, de la fille, du frère, de la sœur, du père, de la mère;
- Le fils, la fille, le frère, la sœur, le père, la mère du (de la) conjoint(e);

Liens professionnels

Ont des liens professionnels, toute personne qui agit à titre de conseiller, de consultant, d'employé, de dirigeant ou d'administrateur d'une personne morale, dont notamment :

- Toute personne en mesure d'influencer les activités de l'autre, c'est-à-dire que les rapports qu'elle entretient avec cette dernière sont tels qu'elle a la capacité d'exercer, directement ou indirectement, un contrôle ou une influence sur les décisions relatives à son financement ou à son exploitation;

² Garzon, C. (2012). « Conflit d'intérêts », dans L. Côté et J.-F. Savard (dir.), Le Dictionnaire encyclopédique de l'administration publique, [en ligne], www.dictionnaire.enap.ca

- Toute personne qui possède un intérêt dans un fournisseur ou un potentiel fournisseur du CIUSSS-EMTL, sous quelque forme que ce soit;
- Toute personne morale dans laquelle la personne a des intérêts pécuniaires, détient des actions avec droit de vote en quantité suffisante pour influencer les décisions de la personne morale ou ses dirigeants, est propriétaire d'une personne morale;
- Toute personne morale de laquelle la personne reçoit un avantage financier (salaire, compensation, financement, etc.).

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 CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, déclare les éléments suivants :</p>		
1. Intérêts pécuniaires		
<input type="checkbox"/> Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.		
<input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> 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 _____.		
<input type="checkbox"/> J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. [nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:		

3. Emploi		
<p>« 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.</p> <p>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).</p>		
En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal à m'y conformer.		
_____	_____	_____
Signature	Date [aaaa-mm-jj]	Lieu

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

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

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