

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2022-2023

13 juin 2023



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

Québec 

Le rapport annuel de gestion 2022-2023 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 sera 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 : 978-2-550-94675-5 (imprimé)

Bibliothèque et Archives nationales du Québec : 978-2-550-94676-2 (PDF)

© CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, 2023

TABLE DES MATIÈRES

1. MESSAGE DES AUTORITÉS.....	1
2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ	3
3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS	4
3.1 L'établissement	4
Mission et services offerts	4
Mission	4
Vision	5
Valeurs.....	5
Soins et services	5
Désignation CAU et institut	7
Institut universitaire en santé mentale	8
Institut universitaire d'hématologie-oncologie et de thérapie cellulaire.....	8
Désignation Centre affilié universitaire (CAU).....	8
Structure de l'organisation au 31 mars 2023	10
3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives au 31 mars 2023	11
3.2.1 Le conseil d'administration (C. A.).....	11
3.2.1.1 Le Code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration.....	13
3.2.2 Les comités, les conseils et les instances consultatives.....	13
3.3 Les faits saillants	13
4. LES RÉSULTATS AU REGARD DES CIBLES DES ENTENTES DE GESTION EN LIEN AVEC LE PLAN STRATÉGIQUE DU MSSS	19
Chapitre III : Attentes spécifiques.....	19
Chapitre IV : Engagements annuels.....	26
5. ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ	34
L'agrément.....	34
La sécurité et la qualité des soins et des services	34
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services	39
Personnes mises sous garde 2022-2023	42
L'examen des plaintes et la promotion des droits	43
L'information à la population et rayonnement	44

Contribution à l'égard de l'organisation des services et satisfaction en regard des résultats obtenus	44
6. APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE	46
7. LES RESSOURCES HUMAINES	51
8. LES RESSOURCES FINANCIÈRES	53
9. LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES	55
10. ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT.....	60
11. DIVULGATION D'ACTES RÉPRÉHENSIBLES REÇUS ET TRAITÉS AU CIUSSS-EMTL.....	63
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 (CHAPITRE M-30).....	64

1. MESSAGE DES AUTORITÉS

Nous sommes heureux de vous présenter le rapport annuel de gestion 2022-2023 du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Il propose un bilan de nos activités qui se sont déroulées au cours de la période de transition qui s'est officiellement amorcée lors de la levée de l'état d'urgence sanitaire en juin 2022. Pour bien orchestrer le tout, notre établissement a poursuivi la planification de ses projets organisationnels autour de ses trois priorités stratégiques : la mobilisation de la main-d'œuvre, l'accessibilité et l'innovation. La salle de pilotage stratégique de notre organisation, entièrement virtuelle et en temps réel, a permis d'assurer un suivi rigoureux des activités présentées dans ce bilan. Ce dernier met aussi en lumière les efforts extraordinaires de nos équipes afin de toujours offrir des services de qualité à la population de l'Est de Montréal.

Le ralentissement de la pandémie a permis la fermeture des sites temporaires de vaccination contre la COVID. Il nous a également offert la possibilité d'élargir l'offre de services de nos sites de vaccination COVID permanents, notamment avec la vaccination contre l'influenza ainsi que les prélèvements respiratoires et sanguins. Nous levons notre chapeau à nos équipes qui se sont bien adaptées à tous ces changements.

Toujours soucieux d'être cohérents avec les besoins de la population de l'Est, nous avons poursuivi la mise en œuvre du plan de rétablissement de la collectivité, en collaboration avec nos partenaires communautaires. Le travail de concertation avec le milieu demeure crucial, d'autant plus que certains enjeux sociaux ont été amplifiés lors de la pandémie. Nous remercions d'ailleurs nos équipes et nos partenaires communautaires qui restent constamment à l'affût des difficultés que peut vivre notre clientèle afin de mieux la soutenir.

Durant la dernière année, de concert avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, nous avons travaillé à améliorer l'accès aux soins de santé pour la population de notre territoire, notamment afin de diriger les patients présentant un problème de santé mineur vers la bonne ressource, et ce, avec la collaboration de nos partenaires du territoire. Pour ce faire, nous avons déployé le guichet d'accès à la première ligne (GAP). Il s'agit d'un service téléphonique réservé aux personnes sans médecin de famille qui ont un problème de santé non urgent ou semi-urgent. Des infirmières du GAP se sont également installées physiquement dans les deux urgences de santé physique de notre organisation afin de renforcer cette stratégie basée sur le prétriage.

Toujours dans l'optique de bien gérer la capacité hospitalière et de gagner en fluidité, nous avons également pérennisé le projet de planification précoce et conjointe des congés (PPCC), lequel a contribué à la diminution des durées moyennes de séjours hospitaliers. Nous avons aussi mis en place diverses initiatives qui ont permis de bonifier les services à domicile à la suite d'une hospitalisation pour les usagers en attente d'hébergement. Nous tenons à remercier toutes nos équipes cliniques ainsi que nos équipes de soutien qui ont travaillé à réduire la pression clinique, tout en maximisant l'accès aux soins de santé à notre clientèle.

Dans le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre, nous multiplions sans relâche les initiatives de recrutement et de rétention des ressources. La campagne de recrutement « Ton avenir en santé se lève à l'Est », déployée dans différents médias de notre territoire, nous a permis de faire rayonner notre marque employeur afin d'attirer la relève et de fidéliser nos talents. D'ailleurs, la sécurité psychologique et le mieux-être de nos employés demeurent des priorités. Cela se traduit par une approche préventive des risques psychosociaux chez les gestionnaires ainsi que par le

programme *Parcours santé*, qui nous ont permis de diminuer le nombre d'ouvertures de dossiers en assurance salaire de près de 8 % en 2022-2023 par rapport à l'année financière précédente.

Autre mention importante, en juin 2022, notre organisation a été nommée par le ministre responsable des Services sociaux comme porteuse de la Stratégie d'accélération et d'intégration de la santé mentale numérique avec un investissement de 12 M\$ sur quatre ans. Pour l'occasion, un Centre d'expertise en technologie de l'information en santé mentale, dépendance et itinérance a vu le jour. Inutile de vous dire que nous sommes très fiers d'être au cœur de ce grand projet, porteur pour toute la population du Québec.

En parallèle, nous avons poursuivi notre démarche de développement durable qui a pour objectif de garder le cap sur des solutions prometteuses en santé, tout en favorisant la protection de l'environnement. Que ce soit la plantation d'arbres dans trois de nos CHSLD ou l'aménagement d'un accès piéton pour faciliter les déplacements en toute sécurité à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, de nombreuses actions ont été implantées pour veiller à la santé et au bien-être de l'ensemble de la population de notre territoire et de nos employés. Nous sommes très satisfaits du chemin parcouru jusqu'à présent et nous continuerons en ce sens dans les années à venir.

En terminant, nous tenons à remercier tous les chercheurs, médecins et professionnels qui soutiennent jour après jour la relève – stagiaires, résidents et externes –, si importante pour l'avenir de notre communauté. Leur collaboration est primordiale dans le contexte de rareté de la main-d'œuvre. Nous tenons à remercier également le personnel, les médecins, les chercheurs, les sages-femmes et les bénévoles pour leur engagement extraordinaire et leur dévouement quotidien. Ils font toute la différence! Nous saluons aussi les membres du comité de direction et les administrateurs qui nous guident dans la saine gestion de nos activités. De plus, nous soulignons l'apport important de tous nos partenaires ainsi que les membres des comités d'usagers et de résidents qui nous permettent d'évoluer dans la bonne direction, au profit de la santé de tous.



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 2022-2023 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 2023.



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 publics, 9 CHSLD privés non conventionnés et privés conventionnés ainsi que 3 centres hospitaliers.

Il exploite les missions suivantes :

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

Sur son territoire, le CIUSSS-EMTL exploite 1 027 lits de courte durée en santé physique et santé mentale, 2 313 lits en CHSLD publics, 560 places en ressources institutionnelles (RNI) pour les personnes âgées, 139 lits post-aigus, 994 places en CHSLD privés non conventionnés et privés conventionnés.

Le CIUSSS-EMTL exploite également 1 902 places d'hébergement en santé mentale sur le territoire de l'île de Montréal.

En première ligne, nous trouvons sur le territoire du CIUSSS-EMTL 39 cliniques médicales, dont 22 groupes de médecine de famille GMF, dont 10 ont une mission accès-réseau.

Mission et services offerts

Mission

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

- 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;

COMITÉ DE DIRECTION EN DATE DU 31 MARS 2023

- D^r 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, président-directeur général adjoint
- M. Éric Champagne, directeur des Ressources financières
- Mme Nathalie Chauvin, directrice des Projets immobiliers majeurs
- M. Christophe Cadoz, directeur général adjoint, soutien, logistique et technologies
- Mme Sandra D'Auteuil, directrice des Programmes de santé mentale, dépendance et itinérance
- M. Hugo Di Pasquale, directeur des Ressources humaines, communications et affaires juridiques par intérim
- M. Jean-François Fortin Verreault, président-directeur général
- Mme Karine Girard, directrice de la Qualité, Évaluation, Performance et Éthique
- D^{re} Martine Leblanc, directrice générale adjointe et directrice des Services professionnels
- M. Sébastien Montpetit, directeur de la Logistique par intérim
- 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
- D^r Denis Claude Roy, directeur de l'IHUOTC
- Mme Lina Spagnuolo, directrice des Soins infirmiers
- Mme Caroline St-Denis, directrice des services multidisciplinaires

- 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.).

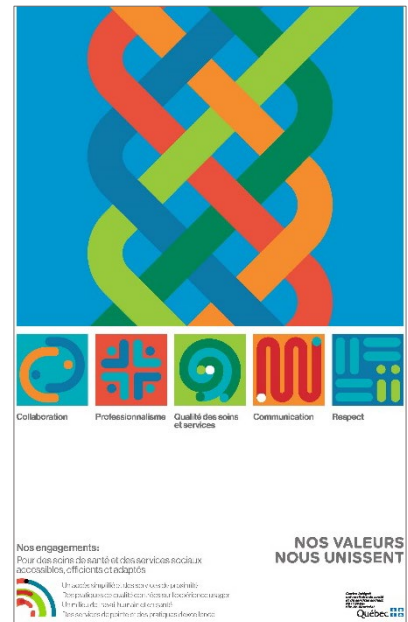
Vision

« 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 sa culture et qui modèlent les attitudes et les comportements. Voici les cinq valeurs qui représentent le CIUSSS-EMTL :

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



Soins et services

Soins et services de première ligne

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

- **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;
- services d'entretien des vêtements;
- services d'entretien sanitaire;
- 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 ultraspécialisés, particulièrement en hématologie, en oncologie médicale et chirurgicale, en néphrologie et greffe rénale, ainsi qu'en ophtalmologie y sont également offerts, et ce, autant au plan régional que suprarégional.

Soins et services en milieu institutionnel

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

Volet enseignement

Le CIUSSS-EMTL participe à l'enseignement des étudiants de tous les niveaux académiques et de toutes les disciplines du milieu de la santé et des services sociaux. Nous collaborons avec plusieurs universités, dont l'Université de Montréal. Notre établissement contribue à la formation des étudiants dans les programmes tels que : médecine, sciences infirmières, travail social, audiologie, ergothérapie, génie biomédical, kinésiologie, médecine dentaire, nutrition, optométrie, orthophonie, pharmacie, physiothérapie, psychoéducation, psychologie et sage-femme.

Au niveau collégial, nous collaborons avec différents établissements d'enseignement notamment le Collège de Rosemont, le Collège de Maisonneuve et le Cégep Marie-Victorin dans plusieurs domaines dont les soins infirmiers, l'éducation spécialisée, l'inhalothérapie et la réadaptation.

Au niveau professionnel, notre établissement accueille des stagiaires de divers programmes tels que la santé, l'assistance et les soins infirmiers (SASI), l'assistance à la personne en établissement et à domicile, l'hygiène et la salubrité et l'électromécanique.

Au cours de l'année 2022-2023, notre CIUSSS a accueilli plus de 6 800 stagiaires pour un total de près de 8 600 stages. Malgré le contexte de pandémie, le dynamisme et l'agilité des équipes sur le terrain ont permis de faire de 2022-2023, une année riche en développement pour la mission d'enseignement de l'établissement.

Volet recherche

Le CIUSSS-EMTL regroupe deux centres de recherche reconnus par le FRQS, 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. Les deux centres de recherche ont des professeurs et chercheurs affiliés à l'Université de Montréal, mais aussi à d'autres universités, notamment l'UQAM et l'UQTR. Les axes de recherche prioritaires du CR-HMR sont l'immuno-oncologie, la néphrologie et la vision. La recherche évaluative est en développement rapide. Pour le CR-IUSMM, il y a deux axes, soit les neurosciences et la santé mentale ainsi que l'évaluation des pratiques en santé mentale; le CR-IUSMM est aussi un acteur important du déploiement de la stratégie numérique.

De plus, le CIUSSS-EMTL réalise plus de 850 projets de recherche chez l'humain, dont environ 175 avec l'entreprise pharmaceutique, dans de multiples disciplines médicales. Plusieurs recherches sont aussi subventionnées par les organismes nationaux ou provinciaux.

Le CIUSSS-EMTL est également un haut lieu d'innovation en recherche. Il est l'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.

Volet innovation

Du point de vue de l'innovation, le CIUSSS-EMTL travaille à développer une stratégie d'introduction de l'innovation. Au cours de la dernière année, plusieurs rencontres ont été tenues afin de mieux présenter l'innovation et ses différentes formes. Dans une perspective de maillage et de collaboration, nous travaillons à développer plusieurs outils et stratégies novatrices. Ceci dans le but de favoriser les innovations spontanées et les appels à solutions ainsi que les évaluations en milieu de vie.

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). Ce dernier est désigné à titre d'Institut universitaire en hématologie-oncologie et en thérapie cellulaire (IHOT) et 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 (IUSSM) 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. Tout ceci 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 ainsi que 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 (IHOT). 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 ainsi qu'en recherche, développée depuis plus de 40 ans par les cliniciens et chercheurs en hématologie et oncologie de l'HMR. L'IHOT permet notamment d'optimiser le développement et la consolidation de la thérapie cellulaire et génique, dont la thérapie immunocellulaire. Il 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 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.

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 prédoctoral et postdoctoral des étudiants de la Faculté de médecine, principalement de l'Université de Montréal, et d'autres facultés et écoles. Chaque année, il forme les

médecins, infirmières et professionnels de la santé et des services sociaux qui assureront la relève de demain.

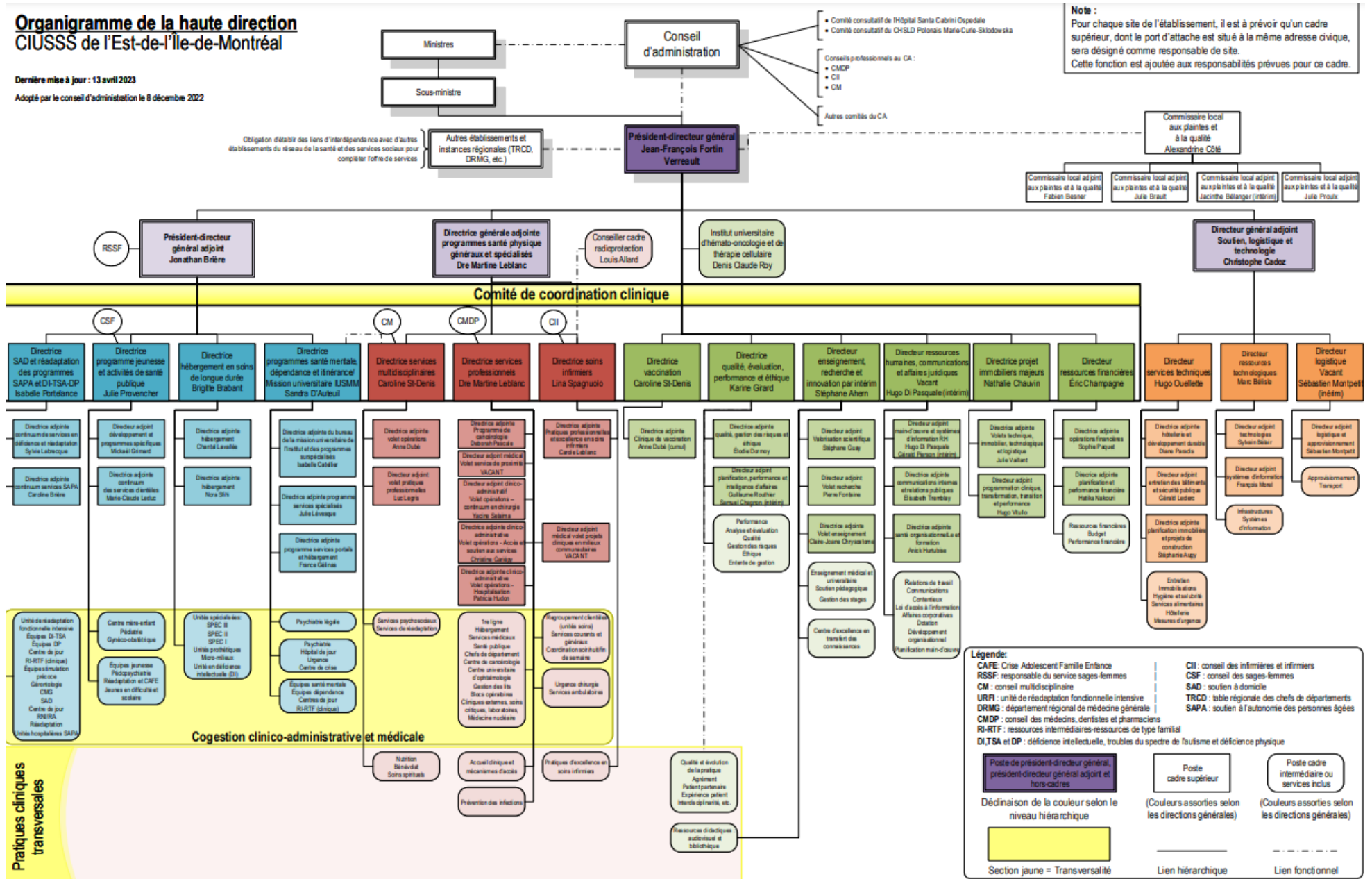
Le CIUSSS-EMTL comprend aussi un Centre universitaire en ophtalmologie, lequel offre des tertiaires et quaternaires aux patients souffrant de pathologies ophtalmologiques complexes.

Structure de l'organisation au 31 mars 2023

Organigramme de la haute direction CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Dernière mise à jour : 13 avril 2023

Adopté par le conseil d'administration le 8 décembre 2022



3.2 Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives au 31 mars 2023

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. Giuseppe Pannunzio, président du comité de vérification
- M. Jean-François Fortin Verreault, président intérimaire du comité de vigilance et de la qualité
- Mme Camille Thibodeau, présidente du comité des ressources humaines et des communications
- M. Pierre Poulin, président du comité de révision
- Mme Djamila Benabdelkader
- Trois postes vacants

Membres désignés par l'Université de Montréal

- Mme Sylvie Dubois, représentante de l'université, coprésidente du comité des affaires universitaires
- D^r Mario Talajic, représentant de l'université, coprésident du comité des affaires universitaires

Membres élus

- M. Jude Goulet, membre désigné, comité régional sur les services pharmaceutiques
- M. Martin St-Georges, membre désigné, conseil multidisciplinaire
- Mme Jeannelle Bouffard, membre désignée, comité des usagers
- M. Pierre Nelis, membre observateur désigné par les présidents des fondations
- Nomination à venir du MSSS, membre désigné, conseil des infirmières et infirmiers
- Nomination à venir du MSSS, membre désigné, conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- À combler, membre désigné, Département régional de médecine générale

Principales activités

En 2022-2023, le conseil d'administration (C. A.) a tenu six 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 bilan des grands projets d'infrastructure;
- le plan stratégique 2023-2027 du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- les urgences du CIUSSS-EMTL et la pression clinique;
- le projet *Urgence d'agir* – les grandes réalisations et les prochaines étapes;
- le guichet d'accès à la première ligne (GAP);

- le tableau de bord du conseil d'administration;
- le positionnement stratégique du CIUSSS-EMTL;
- la création prochaine de l'agence Santé Québec;
- le processus de renouvellement du statut et des privilèges des médecins et des dentistes;
- le portrait de nos CHSLD;
- le plan de modernisation technologique du MSSS et du CIUSSS-EMTL – Stratégie de déploiement des dossiers de santé numérique et du système d'information en finances, approvisionnements et ressources humaines;
- l'état de la situation de la main-d'œuvre et les négociations en cours;
- les niveaux de soins alternatifs (NSA);
- le portrait de la direction des programmes santé mentale, dépendance et itinérance;
- la nomination des membres du comité de révision;
- la désignation toponymique – Plaque commémorative en l'honneur de Madame Zofia Dukaszto au CHSLD Polonais Marie-Curie-Sklodowska;
- la désignation toponymique – Pavillon Sandra et Alain Bouchard;
- la désignation toponymique – Maison de naissance Anne-Courtemanche;
- 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;
- la nomination d'un directeur adjoint, hébergement, à la Direction hébergement en soins de longue durée;
- la nomination d'un directeur adjoint, volet programmation clinique, transformation, transition et performance, à la Direction des projets immobiliers majeurs;
- la nomination d'un chef de département d'obstétrique-gynécologie;
- la nomination d'un directeur adjoint, planification et performance financière, à la Direction des ressources financières;
- la nomination d'un directeur adjoint, systèmes d'information, à la Direction des ressources technologiques;
- la nomination d'un directeur des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance;
- la nomination d'un directeur adjoint – santé organisationnelle et formation, à la direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques;
- la nomination d'un directeur adjoint clinico-administratif – volet opérations-continuum en chirurgie, à la Direction des services professionnels;
- la nomination d'un directeur adjoint, bureau de la mission universitaire de l'Institut et des programmes surspécialisés, à la Direction des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance;
- la nomination d'un directeur adjoint des services multidisciplinaires, volet opérations, à la Direction des services multidisciplinaires;
- la nomination d'un commissaire local adjoint aux plaintes et à la qualité des services;
- l'octroi de contrats de service de sages-femmes.

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

Au cours de l'année 2022-2023, 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-EMTL 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 et le positionnement stratégique du CIUSSS-EMTL

3.3 Les faits saillants

L'année 2022-2023 est marquée par l'essoufflement de la pandémie et la poursuite de la démarche de rétablissement. En parallèle, de nombreux efforts ont été investis pour assurer l'accès aux soins de santé de la population sur notre territoire, tout en poursuivant le déploiement de nombreux projets porteurs et innovants.

Retour à une normalité postpandémique

L'année 2022-2023 s'est avérée être une période de transition vers une normalité postpandémique. Les sites temporaires de vaccination et de dépistage, à l'exception du site Chauveau, ont été fermés. Néanmoins, les sites permanents ont vu leur offre de service bonifiée avec la vaccination contre la COVID-19 et l'influenza, les prélèvements respiratoires et sanguins, ainsi que l'administration d'anticorps monoclonaux et autres médicaments contre la COVID-19. Le CIUSSS-EMTL a donc mis à contribution les travailleurs engagés dans les centres de

vaccination vers d'autres services à la population. Pour continuer d'assurer un service de proximité à la clientèle, un point de service entourant la vaccination a été mis en place dans au moins un CLSC par RLS. De plus, les équipes mobiles ont continué d'être mises à contribution pour renforcer l'effort vaccinal des services et des programmes qui le requièrent.

Nos actions pour le rétablissement

C'est connu, la pandémie a exacerbé des problèmes déjà criants dans l'Est de l'Île-de-Montréal (insécurité alimentaire, décrochage scolaire, fracture numérique, etc.). Pour pallier cette situation, l'organisation a poursuivi sa démarche de rétablissement et de résilience de la population de l'Est en misant sur la complémentarité entre le réseau communautaire et le réseau de la santé et des services sociaux. À cet égard, le CIUSSS-EMTL a invité des centaines de gestionnaires et de partenaires communautaires à dégager un portrait des enjeux et des besoins émergents dans les neuf quartiers de notre territoire, au terme de près de trois ans de pandémie. Ces informations ont nourri la démarche de chaque quartier, dans le cadre de sa planification stratégique pour le mieux-être de notre communauté.

Nos actions pour contrer le contexte de la main-d'œuvre

Le marché de l'emploi traverse une période de grande transformation et amène son lot de défis. Au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, nous avons saisi cette occasion pour adapter et transformer nos stratégies en matière d'attraction et de fidélisation de nos talents afin de devenir un employeur de choix. Nous avons adopté une démarche pour développer une culture de prévention en accord avec les orientations du MSSS et de la CNESST, tout en mettant de l'avant des mesures concrètes pour préserver la santé psychologique de nos employés et de nos gestionnaires. Nous avons intégré près de 2 500 nouveaux employés et gestionnaires durant la période 2022-2023, ce qui confirme que l'établissement a su maintenir une image favorable pour les professionnels en soins et services. Une progression de 43 % du nombre de demandes de congés sans solde pour poursuivre des études durant la période 2022-2023 témoigne d'une composition plus jeune de notre main-d'œuvre et de l'importance de considérer les parcours internes de développement professionnels comme solution au contexte de pénurie de main-d'œuvre. Nous avons aussi misé sur des pratiques de gestion renouvelées pour nous adapter à ce changement profond et nous guider vers le rétablissement des activités régulières suivant la crise sanitaire 2019-2022.

Nos efforts pour assurer et améliorer l'accès aux soins de santé

Durant la dernière année, les milieux hospitaliers ont continué de suivre, de manière rigoureuse, les normes de prévention et de contrôle contre la COVID-19 afin de minimiser les risques de propagation. Le retour à une relative normalité a permis la réouverture de salles chirurgicales afin d'accroître le nombre de chirurgies et donc, d'amorcer une résorption plus soutenue de nos attentes hors délai. Nous avons aussi relocalisé, en septembre 2022, le bloc opératoire du pavillon Rosemont vers le pôle Angus, ce qui a permis une appropriation de nouveaux espaces bien adaptés aux normes actuelles par nos équipes.

En 2022-2023, nous avons priorisé la mise en application d'actions concrètes pour réduire la pression clinique dans plusieurs secteurs 24/7 de nos centres hospitaliers. Ces actions s'inscrivent dans les chantiers entourant les cellules de crise des urgences mises en place

par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Parmi les mesures déployées, nous avons assuré la bonification des plateformes avancées d'accès ambulatoire en spécialités comme le service d'investigations ambulatoires, la médecine de jour, la cancérologie de jour et la chirurgie d'un jour. De plus, nous avons encouragé la réorientation, à partir des urgences, des patients présentant un problème de santé mineur vers d'autres points de service disponibles dans la communauté, et ce, grâce à la collaboration soutenue des cliniques du territoire. La consolidation du grand chantier de la planification précoce et conjointe des congés (PPCC), amorcée avant la pandémie, s'est poursuivie et a contribué à la réduction des durées moyennes de séjour, tant sur les unités de médecine que de chirurgie. D'ailleurs, malgré la pandémie récente, une baisse des durées moyennes de séjour en courte durée est observée en 2022-2023 à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont comme à l'Hôpital Santa Cabrini, et ce, pour une troisième année consécutive, redonnant ainsi de la capacité hospitalière ainsi qu'un gain en fluidité.

Fluidité hospitalière

Plusieurs initiatives ont vu le jour afin d'améliorer la trajectoire de services pour notre clientèle, autant en milieu hospitalier que dans notre communauté. En effet, une équipe de soutien à domicile « express » a été mise en place afin d'intensifier les services pour les usagers en attente d'hébergement. De plus, une équipe du programme de congé précoce assisté (CPA) a été créée afin d'intensifier les services de réadaptation à domicile à la suite d'une hospitalisation. Ces deux initiatives ont permis de favoriser le retour à domicile des usagers, tout en favorisant la fluidité hospitalière.

Mon premier réflexe, c'est la première ligne

Dans un élan de maximisation de l'accès à la population aux soins de santé, nous avons déployé le Guichet d'accès à la première ligne (GAP). Il s'agit d'un service téléphonique ouvert à toutes les personnes sans médecin de famille qui ont un problème de santé ponctuel, non urgent ou semi-urgent. Appeler au GAP, c'est être accueilli par une agente administrative qui prend le temps d'écouter la personne pour bien cerner son besoin. Nous avons aussi ouvert des Guichets d'accès à la première ligne directement dans les deux urgences de santé physique. Selon les réponses de l'utilisateur, une alternative à l'urgence lui est offerte; cela peut être un rendez-vous dans une clinique, avec une infirmière, un pharmacien de la communauté ou un organisme communautaire. Pour ses six premiers mois d'opération, la petite équipe du GAP du CIUSSS-EMTL a répondu à plus de 70 000 demandes.

La campagne de sensibilisation et d'information grand public « Premier réflexe, première ligne » dans les différents médias de notre territoire a appuyé notre démarche d'améliorer l'accès aux soins et de faire la promotion des services de première ligne.

Acteur de premier plan dans notre communauté

Stratégie en santé mentale numérique

En juin 2022, le ministre responsable des Services sociaux a désigné le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal comme porteur de la Stratégie d'accélération et d'intégration de la santé mentale numérique grâce à un investissement de 12 M\$ sur quatre ans. Depuis, un Centre d'expertise en technologie de l'information en santé mentale, dépendance et itinérance a vu le jour pour accompagner les travaux en cours. Ce dossier provincial, mené par la direction générale et la recherche, rassemble des acteurs du réseau de la santé afin de transformer l'offre de service en santé mentale au Québec. L'objectif principal de la stratégie est de diversifier les outils et les moyens pour favoriser l'accès aux soins et aux services en santé mentale en augmentant le nombre d'outils numériques (applications mobiles ou en ligne) destinés directement à la population, aux intervenants et aux professionnels du réseau de la santé et des services sociaux.

Le projet pilote ECHINOPS

L'année 2022-2023 a été marquée par la poursuite du projet pilote ECHINOPS, débuté en janvier 2022 au CLSC Saint-Michel, en collaboration avec les postes de quartier 42 et 30 du SPVM sur le territoire des quartiers Saint-Léonard et Saint-Michel. Ce projet s'inscrit dans l'esprit des pratiques mixtes d'intervention issues du plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026. Il s'agit d'un modèle de collaboration dans la communauté qui vise à favoriser l'affiliation aux services, l'évaluation et le suivi des personnes ne sollicitant pas les services en santé mentale ainsi que la prévention des visites à l'urgence et le fait de contrer le phénomène des portes tournantes.

Projet d'équipes spécialisées d'intervention rapide et de relais en santé mentale dans la communauté

Soulignons également que le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal a obtenu un mandat ministériel pour le déploiement d'équipes spécialisées d'intervention rapide et de relais en santé mentale dans la communauté (ESIRRC). Il s'agit d'une preuve concrète que l'expertise de l'équipe Résolution est reconnue au-delà des portes de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM). Le modèle clinique préliminaire de l'ESIRRC a été déposé le 31 mars 2023. L'aboutissement de l'élaboration d'un cadre de référence est souhaité pour mars 2025.

Première clinique d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS)

Le 1^{er} décembre 2022, nous avons ouvert la toute première clinique d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) à Montréal au CLSC Olivier-Guimond. Au total, trois infirmières praticiennes spécialisées y travaillent. Les patients y sont dirigés par les urgences, la ligne téléphonique 811 ou encore le Guichet d'accès à la première ligne (GAP). Depuis l'ouverture jusqu'à mars 2023, près de 900 plages de rendez-vous ont été offertes.

L'évolution de nos services dans les milieux de vie

En CHSLD

- Durant la dernière année, nous avons mis en place la nouvelle Direction en hébergement et soins de longue durée. Elle met notamment en valeur la vision clinique englobant l'offre de soins et de services à la clientèle hébergée. Cette structure est accompagnée, depuis décembre 2022, d'un comité d'amélioration continue de la qualité auquel participent une résidente et un proche partenaire.
- Malgré un retour à la normalité, l'impact négatif de l'application des mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) sur la santé physique et psychologique des résidents en CHSLD est source de questionnement. Considérant les enjeux éthiques soulevés, une vaste démarche de consultation a été réalisée auprès des acteurs clés. Cette réflexion a permis d'élaborer un outil d'aide à la décision pour l'application des mesures PCI lors d'une éclosion COVID-19, dans le but de limiter les effets néfastes sur les résidents.
- En octobre 2022, nous avons aussi repris la démarche de déprescription des antipsychotiques OPUS-AP, marquée par un lancement provincial organisé par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Dans le cadre de cette présentation, le CIUSSS-EMTL a été invité à présenter ses modalités internes de déploiement. L'approche interdisciplinaire ainsi que l'intégration préalable de la formation sur l'approche relationnelle de soins aux préposés aux bénéficiaires (PAB) ont été des éléments clés contribuant au succès du déploiement dans notre établissement.
- Par ailleurs, pour répondre au besoin grandissant de la clientèle nécessitant un plus grand encadrement, nous avons inauguré en janvier dernier **le micromilieu spécialisé, l'Étoile S.E.D.A.R**, au CHSLD Saint-Michel. Les résidents hébergés dans cette unité ont un trouble neurocognitif majeur (TNC) avec des symptômes comportementaux et psychologiques reliés à la démence (SCPD) de modérés à graves. Le micromilieu spécialisé favorise la prévention des symptômes reliés à la démence, et ce, dans un espace parfaitement sécuritaire.

Dans les ressources d'hébergement du territoire

- Soulignons le travail de nos partenaires RPA-RNI-RA qui continuent le développement d'un soutien optimal et proactif. Ils assurent une vigie de la qualité des soins et des 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 de contrôle des infections.

Nos projets immobiliers majeurs

Agrandissement et modernisation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Le projet, qui prévoit l'agrandissement de l'hôpital pour accueillir 720 lits, en est à la finalisation de l'analyse immobilière. Cet exercice vise à évaluer les meilleurs scénarios de reconstruction sur le site de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, de façon à répondre de manière optimale aux besoins exprimés dans le plan clinique et dans le programme fonctionnel approuvés par le ministère. L'analyse immobilière devrait être terminée à l'été 2023. Après quoi, commencera

l'étape du dossier d'affaires qui inclut, entre autres, la conception architecturale ainsi que les plans et devis préliminaires.

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

Le concept architectural du futur pavillon ainsi que les plans et devis définitifs ont été terminés à l'automne 2022. Des travaux préparatoires ont été réalisés durant la même période en prévision du chantier principal. Une séance publique d'information a été tenue le 31 janvier dernier afin de présenter le projet et le chantier principal. L'entrepreneur retenu a mis en place le chantier à la fin janvier et a commencé les travaux d'excavation. Les travaux de construction se poursuivront jusqu'au printemps 2025. En parallèle, un plan de transition est en préparation, en prévision du transfert vers le futur bâtiment.

Reconstruction des CHSLD Jeanne-Le Ber et Nicolet

Le 15 mars 2023, le MSSS annonçait le projet de reconstruction des CHSLD Jeanne-Le Ber et Nicolet selon le modèle des maisons des aînés. La première installation de 288 lits sera construite sur le site de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM). La clientèle proviendra essentiellement du CHSLD Jeanne-Le Ber dont l'état de vétusté est élevé. Les travaux du chantier principal de cette installation débuteront en juin 2023 et devraient être terminés à l'automne 2025.

Une deuxième installation de 240 lits sera construite en bordure de l'actuel CHSLD Benjamin-Victor-Rousselot. Elle permettra le déménagement d'autres résidents du CHSLD Jeanne-Le Ber ainsi que des usagers du CHSLD de Nicolet, autre installation vétuste et dont le fonctionnement ne correspond plus à la vision du MSSS. Les travaux préparatoires ont été lancés en début d'année 2023. Les travaux de construction devraient débuter à l'automne 2023 et être parachevés au printemps 2026.

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

Chapitre III : Attentes spécifiques

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

N°	Attente spécifique	Description de l'attente spécifique*	État de réalisation
1.1	Adapter les processus de collecte de données sur les décès	Informatisation du bulletin de décès et déploiement du Système d'information des événements démographiques (SIED)	R
1.2	Promouvoir l'inscription à l'avis de grossesse informatisé	L'avis de grossesse fait l'objet de l'une des recommandations de la Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, qui a été mise en place devant l'urgence de répondre aux besoins des jeunes et des familles. L'avis de grossesse vise notamment à offrir à toutes les femmes enceintes un accès à un professionnel de la santé pour le suivi obstétrical, et ce, dès le premier trimestre de la grossesse.	R (sous la responsabilité de la Direction régionale de santé publique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal)
1.3	Augmenter la couverture vaccinale des programmes offerts en milieu scolaire (primaire, secondaire)	Il est attendu, en vertu et conformément aux responsabilités territoriales et populationnelles qui leur sont confiées, que les CISSS et CIUSSS, avec le soutien des directions de santé publique, assurent la mise en œuvre des programmes de vaccination dans les milieux scolaires (primaire et secondaire) de leur territoire, incluant le rattrapage de la	R

		vaccination des cohortes d'élèves non vaccinés depuis 2019-2020.	
1.4	Consolider les effectifs au sein des directions de santé publique ainsi que des services de santé publique. À mettre en œuvre pour faire face à la pandémie de la COVID-19	Dans le cadre de ce financement, les CISSS et CIUSSS doivent consolider l'embauche des effectifs des directions de santé publique afin d'assurer le déploiement d'interventions liées à la pandémie de la COVID-19.	R
2.1	Implanter des sites Aire ouverte offrant des services adaptés à la réalité des jeunes de 12 à 25 ans	Le concept Aire ouverte vise à modifier les approches d'intervention auprès des jeunes de 12 à 25 ans, en offrant différents services adaptés à leurs besoins et à leurs réalités. Chaque installation Aire ouverte se situe hors des lieux habituels des services du réseau de la santé et des services sociaux et permet de dispenser des services en santé mentale ou psychosociale ainsi que des soins en santé physique (incluant santé sexuelle) par une équipe multidisciplinaire constituée principalement d'intervenants psychosociaux, mais aussi d'infirmières.	R
2.2	Implanter le Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie (PQPTM), dans l'ensemble de la trajectoire de services en santé mentale adulte et jeunesse	Conformément à l'action 5.1 du Plan d'action interministériel en santé mentale : S'unir pour un mieux-être collectif, le MSSS poursuit l'implantation du PQPTM partout au Québec afin que toutes les personnes qui présentent des symptômes relatifs à un trouble mental ou un trouble mental confirmé, peu importe leur âge, puissent recevoir le service approprié en temps opportun par un	R

		intervenant formé et soutenu cliniquement.	
2.3	Soutenir le réseau d'éclaireurs et d'équipes relais en santé psychosociale et mentale	Les répercussions psychosociales et de santé mentale découlant de la pandémie se feront sentir pendant des mois, voire des années. Le processus de rétablissement après une catastrophe ou une pandémie est un processus à long terme. Il a été démontré que les éléments qui ont contribué à améliorer le bien-être de la population après une catastrophe sont le soutien communautaire, le climat d'entraide et la participation à des projets ou à des événements de résilience donnant du sens au vécu des personnes. Ainsi, le but des réseaux d'éclaireurs est d'augmenter la capacité d'adaptation et la résilience des individus et de la communauté en contexte pandémique et postpandémique.	R
2.4	Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité	L'amélioration potentielle de l'accès, de la qualité et de la continuité aux services vise prioritairement à assurer l'équité d'accès, assurer une réponse globale, cohérente et intégrée à la population et à simplifier le parcours de l'utilisateur.	NR (Cet engagement a été retiré par le MSSS)
2.5	Améliorer l'accès aux services spécifiques et spécialisés en santé mentale	Afin d'être conforme à l'attente, 27 établissements effectuent actuellement des travaux concernant l'amélioration des services de santé mentale au Québec, par la révision de leur processus en regard de l'accessibilité des services en santé mentale, et ce, afin d'être en	R

		conformité avec le cadre de référence sur les mécanismes d'accès, dont le guichet d'accès en santé mentale fait partie intégrante.	
3.1	Soutenir la fluidité pour la sortie des usagers en niveau de soins alternatif (NSA) dans les centres hospitaliers du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)	L'attente d'usagers requérant NSA en CH est la résultante d'un problème complexe, systémique, récurrent et coûteux, dont la prévention et la réduction constituent une priorité ministérielle. Il est requis d'optimiser et de diminuer les délais dans les processus pour augmenter la fluidité de la trajectoire de sortie des usagers.	R
3.2	Adopter, déployer et mettre à jour la Politique de lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, et veiller à la planification et au déploiement des formations en matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées	La Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité, et veiller à la planification et au déploiement des formations en matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées (RLRQ, chapitre L-6.3) oblige tout prestataire qui a un motif raisonnable de croire qu'une personne inapte ou hébergée en CHSLD est victime de maltraitance à en faire le signalement. Le projet de loi 101 prévoit d'élargir ce signalement à d'autres clientèles et de mettre en place des sanctions contre des personnes qui ne signaleraient pas une situation de maltraitance. Les établissements doivent rendre accessible leur politique de lutte contre la maltraitance sur leur site Internet et désigner un responsable de sa mise en œuvre.	R

3.3	Implanter et suivre la phase trois des travaux ministériels sur les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM)	Les TNCM, dont la forme la plus répandue est la maladie d'Alzheimer, ont un impact majeur sur la société québécoise. Conscient de l'importance de soutenir l'organisation des services pour les personnes vivant avec un TNCM et leurs proches, le MSSS veut poursuivre son accompagnement du réseau pour la consolidation d'une offre de service flexible qui s'adapte aux besoins particuliers de ces usagers.	NR (la date de transmission est le 31 mai 2023)
3.4	Accroître les services offerts aux proches aidants (10 M\$) et implanter une coordination en proche aide (3 M\$)	La Politique nationale a été adoptée le 21 avril 2021 et le Plan d'action gouvernemental, le 20 octobre 2021. Des actions structurantes accompagnent ce projet de société, dont un investissement permettant d'augmenter les services offerts directement aux personnes proches aidantes (PPA) (information, formation, répit, présence-surveillance, dépannage, soutien psychosocial, etc.) ainsi que la mise en place de coordonnateurs territoriaux en proche aide présents sur chaque territoire de CISSS et de CIUSSS et auprès des Premières Nations, Inuits et des communautés ethnoculturelles, et ce, pour catalyser les actions territoriales concertées visant à améliorer la qualité de vie des PPA, sans égard à l'âge, au milieu de vie ou à la nature des incapacités des personnes qu'elles soutiennent.	R
3.5	Consolider l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) en milieu hospitalier	L'AAPA en milieu hospitalier a pour but de protéger les personnes vulnérables des facteurs iatrogènes	R

		présents lors d'un séjour à l'urgence ou sur une unité d'hospitalisation par la mise en place d'interventions visant à prévenir le déclin fonctionnel, notamment le syndrome d'immobilisation et le delirium.	
4.1	Contribuer au déploiement provincial de la télésanté	Comme prévu sur le plan stratégique 2019-2023 du MSSS, il faut favoriser la mise en place de services numériques de santé au sein du réseau afin de favoriser la proximité et l'accessibilité aux services.	R
5.1	Mettre en place les mesures visant le renforcement et la coordination des services de proximité pour les jeunes en difficulté et leur famille afin de répondre aux besoins de ces derniers, en temps opportun	Au cours de l'année 2020, le ministère de la Santé et des Services sociaux a demandé aux établissements du réseau de la santé et de services sociaux de mettre en place quatre mesures de renforcement et de consolidation des services de proximité. Ces dernières visent, notamment, à soutenir les équipes de la protection de la jeunesse et à assurer une réponse adaptée aux besoins psychosociaux des jeunes en difficulté et leur famille afin d'éviter la détérioration de leur situation.	R (sous la responsabilité des Directions de la protection de la jeunesse, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal)
6.1	Alléger et accélérer les processus d'autorisation pour les projets de recherche	Le processus d'autorisation constitue une exigence ministérielle en vertu du Cadre de référence ministériel pour la recherche avec des participants humains auprès des établissements du RSSS. Toutefois, ce processus requiert des délais qui ne répondent pas aux attentes de l'industrie, ce qui nuit à l'attractivité des établissements pour la recherche et à leur compétitivité sur	R

		le plan national et international. Dans un premier temps, l'établissement doit réviser son processus d'autorisation des activités de recherche basée sur les meilleures pratiques.	
7.1	Déployer le plan décentralisé de modernisation technologique	La pandémie a mis en évidence la désuétude des systèmes technologiques et la difficulté d'accéder aux données de gestion de qualité en temps opportun. Cette désuétude affecte la performance du Réseau de la santé et des services sociaux en matière d'accès aux services en plus d'accentuer la pression sur le personnel. Pour contrer cette désuétude, la Direction générale des technologies de l'information a élaboré, à l'automne 2021, un Plan de modernisation technologique 2022-2025. Ce plan vise à offrir au citoyen un système de santé et de services performant, transformé par le numérique.	R

R : Réalisée

NR : Non réalisée

*La description est un copier/coller d'une partie du contexte et/ou de la description disponible dans l'entente de gestion et d'imputabilité spécifique.

Chapitre IV : Engagements annuels

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

Indicateur	Résultat au 31 mars 2022	Engagement 2021-2022	Résultat au 31 mars 2023	Engagement 2022-2023
Santé publique				
1.01.36-PS Taux cumulé de couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge	89,52	80	88,28	80
<p>Commentaires :</p> <p>1.01.36-PS Taux cumulé de couverture vaccinale contre la COVID-19 chez les personnes de 12 ans et plus, pour chaque groupe d'âge : l'engagement est atteint au 31 mars 2023.</p> <p>La reddition de compte des indicateurs suivants est sous la responsabilité du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.01.13.01-EG2 Pourcentage d'écoles publiques avec lesquelles les CISSS/CIUSSS collaborent pour la planification globale et concertée et la mise en œuvre d'actions en promotion de la santé et en prévention en contexte scolaire • 1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1^{re} dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais • 1.01.28-PS Proportion des enfants âgés d'un an au 31 mars 2023 qui ont reçu dans les délais prescrits leur dose de vaccin combiné RRO-Var contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle • 1.01.29-EG2 Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans • 1.01.30-EG2 Proportion des enfants âgés de 18 mois au 31 mars 2023 qui ont reçu dans les délais prescrits leur dose de vaccin combiné RRO-Var contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle • 1.01.32-EG2 Proportion des élèves de 4^e année du primaire adéquatement vaccinés contre l'hépatite B selon le calendrier de vaccination du protocole d'immunisation du Québec • 1.01.34-PS Pourcentage des résultats de dépistage de la COVID-19 transmis en moins de 24 heures entre le prélèvement et l'émission du résultat par les laboratoires du réseau 				

Santé publique - Prévention et contrôle des infections nosocomiales				
1.01.26-EG2 Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	80,2	80	78,4	80
<p>Commentaires :</p> <p>1.01.26-EG2 Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements :</p> <p>Malgré l'amélioration de la situation pandémique, nous dénotons un taux de conformité aux pratiques exemplaires en hygiène des mains similaire à celui de l'an passé.</p>				
Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)				
1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14	67,8	76	70,6	76
1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	92,3	95	92,4	95
<p>Commentaires :</p> <p>1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14 : le pourcentage d'atteinte de l'engagement est à 92,9 %. Nous notons une amélioration par rapport au résultat au 31 mars 2022.</p> <p>1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention : le pourcentage d'atteinte de l'engagement est à 97,3 %. Le résultat est comparable à celui au 31 mars 2022.</p>				
Soutien à domicile (SAD)				
1.03.05.05-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile	1 922 429	1 647 723	2 230 009	1 713 632
1.03.05.06-PS Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile	24 910	24 890	24 484	25 037
<p>Commentaires :</p> <p>1.03.05.05-PS Nombre total d'heures de service de soutien à domicile : l'engagement est atteint à 130 %. Nous notons une augmentation des heures SAD. En effet, le nombre d'heures a augmenté de 16 % par rapport au 31 mars 2022.</p>				

1.03.05.06-PS Nombre total de personnes recevant des services de soutien à domicile : nous constatons une légère diminution des usagers ayant reçu des services de SAD. En effet, le nombre d'usagers a diminué de 1,7 % entre 2021-2022 et 2022-2023. Avec 97,8 % d'atteinte de l'engagement, l'indicateur est classé dans la catégorie *Atteinte de l'engagement annuel égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 %*. Malgré la légère baisse d'usagers ayant reçu des services de soutien à domicile, le nombre d'heures a considérablement augmenté, ce qui témoigne de l'intensité des services rendus.

Déficiences

1.47-PS 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	85	115	100	116
---	----	-----	-----	-----

Commentaires :

1.47-PS 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 : bien que l'engagement ne soit pas atteint, nous dénombrons un ajout de 15 places par rapport au résultat au 31 mars 2022.

Jeunes en difficulté

1.06.20-PS Nombre d'enfants dont le dépistage a été réalisé par la plateforme Agir tôt	200	317	698	476
--	-----	-----	-----	-----

Commentaires :

1.06.20-PS Nombre d'enfants dont le dépistage a été réalisé par la plateforme Agir tôt : l'engagement est atteint au 31 mars 2023. Il faut éviter de comparer le résultat au 31 mars 2022 avec celui du 31 mars 2023 puisque la plateforme de dépistage a été déployée en cours d'année financière 2021-2022. Le résultat de 200 enfants ne représente qu'une portion de l'année 2021-2022.

Pour plus d'information : https://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000220/?&txt=1.06.20&msss_valpub&date=DESC

Dépendances

1.07.07-PS Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance	1132	1056	1381	1146
--	------	------	------	------

Commentaires :

1.07.07-PS Nombre de personnes ayant reçu des services en dépendance : en plus d'avoir

atteint l'engagement, nous notons une augmentation de 22 % par rapport au résultat au 31 mars 2022.				
Santé mentale				
1.08.16-PS Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	1015	620	821	1057
<p>Commentaires :</p> <p>1.08.16-PS Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale : en plus d'avoir atteint l'engagement, le nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale a diminué de 19,1 % par rapport au résultat au 31 mars 2022.</p>				
Santé physique – Urgence				
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour (DMS) pour la clientèle sur civière à l'urgence	22,93	20	24,87	20,3
1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	260	180	257	201
<p>Commentaires :</p> <p>1.09.01-PS Durée moyenne de séjour (DMS) pour la clientèle sur civière à l'urgence : l'engagement n'est pas atteint en date du 31 mars 2023. La DMS a augmenté par rapport au résultat au 31 mars 2022. 24,87 correspond à la DMS pour l'année financière 2022-2023. En analysant la DMS par période, nous constatons une diminution à partir de la P9 atteignant 21,5 en P13.</p> <p>1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire : malgré que l'engagement ne soit pas atteint, nous remarquons une légère baisse par rapport au 31 mars 2022.</p>				
Santé physique				
1.09.50-EG2 Proportion d'usagers qui débutent un traitement de dialyse en mode autonome	ND	ND	ND	ND
<p>Commentaires :</p> <p>L'indicateur 1.09.50 est dans l'entente de gestion et d'imputabilité, mais aucun résultat n'est disponible depuis l'année financière 2020-2021.</p>				
Santé physique – Chirurgie				

1.09.32.00-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	1433	800	1386	320
1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	3611	2500	3432	3000
<p>Commentaires :</p> <p>1.09.32.00-EG2 Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies : bien que l'engagement ne soit pas atteint, nous constatons une diminution de 3.3 % par rapport au résultat au 31 mars 2022.</p> <p>1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois : bien que l'engagement ne soit pas atteint, nous constatons une diminution de 5.2 % par rapport au résultat au 31 mars 2022.</p>				
Santé physique – Cancérologie				
1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 28 jours	44,5	65	43,9	70
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 56 jours	82,6	95	84,4	95
<p>Commentaires :</p> <p>1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 28 jours : l'engagement n'est pas atteint en date du 31 mars 2023. Bien que la clientèle oncologique ait été priorisée, le pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 28 jours est similaire à celui de l'an passé.</p> <p>1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans le délai inférieur ou égal à 56 jours : bien que l'engagement ne soit pas atteint, nous constatons une amélioration par rapport au 31 mars 2022. Le pourcentage d'atteinte de l'engagement est à 88,8 %, ce qui représente une amélioration par rapport au pourcentage d'atteinte de 86,9 % au 31 mars 2022.</p>				
Santé physique - Services de première ligne				

1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	69,54	85	67,48	85
1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF	272 443	300 555	273 827	341 118
1.09.51-PS Nombre de cliniques médicales branchées à une solution informatique (orchestrateur) favorisant une prise de rendez-vous en première ligne	16	31	33	39
<p>Commentaires :</p> <p>1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille : L'engagement n'est pas atteint en date du 31 mars 2023. La baisse du pourcentage entre le résultat au 31 mars 2022 et au 31 mars 2023 représente 13 289 personnes qui ne sont plus inscrites à un médecin de famille.</p> <p>1.09.27.01-PS Nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF : bien que l'engagement ne soit pas atteint, nous dénombrons une légère augmentation du nombre de personnes inscrites auprès d'un médecin de famille en GMF entre le 31 mars 2022 et le 31 mars 2023.</p> <p>1.09.51-PS Nombre de cliniques médicales branchées à une solution informatique (orchestrateur) favorisant une prise de rendez-vous en première ligne : bien que l'engagement ne soit pas atteint, nous constatons que le nombre de cliniques branchées a plus que doublé en un an.</p>				
Santé physique – Imagerie médicale				
1.09.34.00-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les modalités d'imagerie médicale ciblées	62,7	100	62	100
1.09.34.08-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les tomodensitométries	63,5	100	74,7	100

1.09.34.09-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les résonances magnétiques	43,3	90	41,3	90
<p>Commentaires :</p> <p>1.09.34.00-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale, dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les modalités d'imagerie médicale ciblées L'engagement n'est pas atteint au 31 mars 2023. Le résultat est comparable à celui du 31 mars 2022.</p> <p>1.09.34.08-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale, dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les tomodensitométries : bien que l'engagement ne soit pas atteint, nous constatons une amélioration par rapport au résultat au 31 mars 2022.</p> <p>1.09.34.09-EG2 Pourcentage d'examens électifs primaires en imagerie médicale dont le délai d'attente se situe à l'intérieur de 90 jours pour les résonances magnétiques : l'engagement n'est pas atteint au 31 mars 2023.</p>				
Santé physique - Services spécialisés				
1.09.49-PS Pourcentage de patients référés par un médecin de famille qui ont reçu des services spécialisés dans les délais associés à leur condition clinique (priorités A, B, C, D, E)	ND	ND	ND	ND
<p>Commentaires :</p> <p>La reddition de compte de cet indicateur est sous la responsabilité du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.</p>				
Ressources humaines				
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	7,25	4,37	7,64	3,04
3.05.03-PS Ratio de présence au travail	89,22	87,54	89,14	87,76
3.01.02-EG2 Pourcentage des employés ayant complété la formation intitulée	38,2	50	89,2	100

« Sensibilisation aux réalités autochtones »				
<p>Commentaires :</p> <p>3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) : L'engagement n'est pas atteint au 31 mars 2023.</p> <p>3.05.03-PS Ratio de présence au travail : L'engagement est atteint au 31 mars 2023. Le résultat est comparable à celui du 31 mars 2022.</p> <p>3.01.02-EG2 Pourcentage des employés ayant complété la formation intitulée « Sensibilisation aux réalités autochtones » : bien que l'engagement ne soit pas atteint, nous constatons une nette amélioration par rapport au résultat au 31 mars 2022. En effet, plus de 7 000 employés ont suivi la formation dans la dernière année financière.</p>				
Ressources technologiques				
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	ND	ND	ND	ND
<p>Commentaires :</p> <p>La reddition de compte de cet indicateur est sous la responsabilité du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.</p>				

Légende

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

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 est en vigueur jusqu'au 31 décembre 2023.

Les séquences 1 et 2 ont eu lieu en 2021-2022. La visite de certification de la séquence 3 s'est, quant à elle, déroulée du 12 au 17 juin 2022. Elle couvrait 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 ainsi que le contrôle des infections et le retraitement des dispositifs médicaux.

Un premier suivi des recommandations a été réalisé auprès d'Agrément Canada le 24 novembre 2022. Le 7 mars 2023, Agrément Canada nous a informés que toutes les preuves soumises avaient été validées et qu'une pratique organisationnelle requise nécessitait un complément d'information. Le second suivi des recommandations est prévu le 24 août 2023.

La prochaine étape de la démarche d'agrément est la séquence 4 pour les programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique ainsi que la séquence 5 pour le programme du soutien à l'autonomie des personnes âgées. La visite de certification de ces deux séquences se déroulera en même temps du 7 au 12 mai 2023. La réception de la décision d'Agrément Canada pour la fin du cycle 2018-2023 est attendue à l'automne 2023.

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

- Révision, adoption et diffusion des politiques, procédures et règlement suivants :
 - o *Déclaration des incidents et des accidents liés à la sécurité des usagers* (POL-032, PRO-015);
 - o *Analyse des incidents et des accidents liés à la sécurité des usagers* (POL-035, PRO-019);
 - o *Divulgation de l'information nécessaire et mesures de soutien à un usager et aux proches à la suite d'un accident* (REG-010, PRO-014);
 - o *Gestion des effets personnels et gestion des petites réclamations* (POL-044, PRO-049, PRO-107).
- Formation des nouveaux employés et gestionnaires sur la déclaration et l'analyse sommaire.

- 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.
- Déploiement dans les salles tactiques des directions programmes de deux indicateurs en gestion des risques :
 - o nombre de jours moyens entre la soumission de la déclaration et la soumission de l'analyse sommaire;
 - o pourcentage d'analyses sommaires incomplètes.
- Mise à jour de la boîte à outils de lutte contre la maltraitance.
- 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.
- Tournées dans les stations visuelles organisationnelles (SVO) du programme de psychiatrie neurodéveloppementale adulte (PPNA) pour la reconnaissance des signes et des types de maltraitance.
- Tenue de la *Semaine nationale de la sécurité des usagers* du 24 au 28 octobre 2022 en collaboration avec nos partenaires internes pour la promotion d'activités en lien avec la sécurité des usagers.
- Présentation de la gestion des événements survenant aux usagers lors des *Rendez-vous qualité* en préparation à la visite d'agrément des séquences 4 et 5 du 7 au 12 mai 2023.

Le nombre total d'incidents (indices de gravité A et B) est de 1 564 incidents, ce qui représente 11 % 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 ceux liés au traitement.

Nature des trois principaux incidents pour 2022-2023

Principaux types d'incidents (3)	Nombre	% par rapport à l'ensemble des incidents	% par rapport à l'ensemble des événements
Médication	554	35,4 %	3,7 %
« Autres »	317	20,2 %	2,1 %
Traitement	203	12,9 %	1,4 %

Le nombre total d'accidents (indices de gravité C à I) est de 12 248 accidents, ce qui représente 89 % 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	7 589	61,9 %	50,8 %
Médication	1 747	14,3 %	11,7 %
« Autres »	1 469	11,9 %	9,8 %

De plus, 1 136 (8 % 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 3 avril 2023. Comme la date limite de saisie dans le Système d'Information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) est le 15 juin 2023, les données finales de l'année 2022-2023 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 et suivi des indicateurs d'appréciation de la prestation sécuritaire par le biais des rapports trimestriels, avec la participation des directions concernées, axés sur les trois principaux types d'événements.
- Suivi de l'état d'avancement des actions d'amélioration du tableau de bord, des recommandations issues des analyses approfondies à la suite d'un événement sentinelle, des rapports du Protecteur du citoyen et du Bureau du coroner ainsi que d'Agrément Canada.
- Révision des procédures et outils pour le suivi des recommandations découlant des analyses approfondies, des rapports du coroner et du Protecteur du citoyen.
- Mise à jour des logigrammes du processus interne de gestion des rapports du Protecteur du citoyen et du coroner.
- Révision, harmonisation et adoption de la politique et des procédures associées de *Gestion des effets personnels et gestion des petites réclamations* (POL-044, PRO-049, PRO-107).
- Réalisation des travaux en lien avec l'implantation du programme de prévention des chutes dans les directions cliniques.
- Sensibilisation à la sécurité de l'information.
- Promotion de la bientraitance et des moyens pour contrer la maltraitance.
- Partage de l'état d'avancement des activités de huit comités partenaires :
 - Comité zone de piégeage : suivi du dossier pairage sécuritaire des lits et des matelas;
 - Comité directeur prévention du suicide : avancement et mise à jour des travaux visant les 7 axes;
 - Comité alertes et rappels : rapport annuel;
 - Comité Optilab CHUM : faits saillants du rapport annuel;
 - Comité de prévention et contrôle des infections : actions réalisées suite à un agrégat de 10 cas de *Legionella pneumophila* à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont;

- o Comité prévention des chutes et mesures de contrôle : actions réalisées et à venir du plan d'action sur la prévention des chutes;
- o Comité sécurité de l'information : plan d'action 2022-2023 en sécurité de l'information;
- o Comité des mesures d'urgence et sécurité civile : principales réalisations.

Au cours de l'année, plusieurs stratégies de gestion des risques se sont concrétisées par les actions suivantes :

- Formation sur l'approche relationnelle par le biais du coaching terrain offert au personnel de trois unités à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) et à l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale (HSCO) en pilote, puis à toutes les unités de soins;
- Installation de 50 lève-personnes sur rail au plafond dans les unités de médecine, de chirurgie et des soins intensifs à HSCO du 14 novembre jusqu'à la fin décembre 2022 afin d'améliorer la sécurité lors des déplacements de la clientèle, pour l'utilisateur et le personnel;
- Mise en place de portes anti-fugues au 9AB de l'HMR afin de réduire le recours à la contention et permettre à la clientèle de circuler en sécurité sur l'unité;
- Aménagement de lavabos supplémentaires à l'HSCO pour faciliter le lavage des mains;
- Création d'un poste d'un conseiller-cadre pour l'ethnoculturalisme à la direction hébergement de soins de longue durée.

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 le 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 :
 - o Cas nosocomiaux/éclosions reliés à la COVID-19 à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR), à l'Hôpital Santa Cabrini Ospedale (HSCO) et à l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM));
 - o Cas nosocomiaux/éclosions reliés au Clostridium difficile (HMR, HSCO, IUSMM);
 - o Cas nosocomiaux/éclosions reliés au staphylocoque aureus résistant à la méthicilline (SARM) (HMR, HSCO, IUSMM);
 - o Cas nosocomiaux/éclosions reliés à l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) (HSCO et IUSMM);
 - o Cas nosocomiaux/éclosions reliés aux bacilles Gram négatifs multirésistants (BGNMR) (HMR, HSCO, IUSMM);
 - o 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 2022-2023 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).
- Des formations spécifiques ont été dispensées dans différents secteurs, dont le PPNA de l'IUSMM et les soins intensifs de HMR et HSCO.
- Plus de 1 666 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 clinique ont été effectuées : nous avons répondu à ces dernières avec l'aide des conseillères en soins infirmiers, des conseillères-cadres en soins infirmiers et des services multidisciplinaires.
- Des travaux inter-CIUSSS et intra-CIUSSS ont eu lieu afin de modifier les orientations du PID-CEMTL-00007 concernant le programme DI-TSA-DP en soins à domicile.
- Les membres du comité cas complexes ont été interpellés pour des contextes de soins externes à l'IUSMM, soit pour trois cas cliniques des programmes de réadaptation DI-TSA-DP et SAPA du soutien à domicile.
- La première version de la plateforme pour le registre des données harmonisées portant sur l'application des mesures de contrôle s'est terminée à la fin décembre 2022, suivie par des formations aux professionnels et un projet pilote aux unités 204 et 506 de l'IUSMM.
- Trois projets de recherche se sont déroulés durant la dernière année.
- Dans le cadre de la planification de la visite d'Agrément Canada en mai, une révision des outils a eu lieu, en plus d'une réorganisation de la page intranet et d'une présentation au *Rendez-vous qualité* du 20 février 2023.
- La vigie sur l'utilisation des demi-portes en hébergement s'est poursuivie de façon rigoureuse. La totalité de celles-ci a été retirée au cours de l'année.
- Le comité vigie de la Direction des programmes de santé mentale, dépendance et itinérance (DPSMDI) s'est réuni à 23 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 de la DPSMDI, s'est réuni à dix reprises et a reçu 10 demandes de consultation ou de dérogation.
- Le suivi de certains indicateurs :

- la prévalence de l'utilisation des mesures de contrôle à la Direction de l'hébergement en soins de longue durée;
- l'utilisation des mesures de contrôle (DPSMDI);
- la prévalence de l'utilisation des mesures de contrôle dans certaines unités d'hospitalisation de l'HMR et de l'HSCO;
- 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

Les tableaux 1 et 2 démontrent qu'en 2022-2023, l'établissement a réalisé 1 090 mesures correctives ou recommandations à la suite des plaintes des usagers et des interventions de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et des commissaires adjoints.

Missions	Tableau 1 – Plaintes et interventions par mission et RPA					
	Dossiers		Motifs		Mesures	
	2022-23	2021-22	2022-23	2021-22	2022-23	2021-22
CHSGS	347	295	796	535	509	352
CHSP	73	43	133	87	45	28
CHSLD	137	86	421	194	268	119
CLSC	159	137	440	263	228	161
RPA	36	35	82	80	40	34
TOTAL	752	593	1 872	1 158	1090	692

Tableau 2 – Répartition des motifs (thématiques)		
Catégorie de motifs	Nombre de motifs	%
Accessibilité	241	12,9%
Aspect financier	97	5,2%
Autres/pandémie	9	0,5%
Droits particuliers	235	12,5%
Organisation du milieu et ressources matérielles	228	12,2%
Relations interpersonnelles	313	16,7%
Soins et services dispensés	623	33,3%
Maltraitance	126	6,7%
TOTAL	1 872	100%

Vous trouverez ci-dessous un aperçu des mesures mises en place par l'établissement à la suite des recommandations de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et de ses adjoints :

- Établir une procédure afin d'informer formellement le résident et le représentant du résident de l'instauration d'une administration financière ;
- Rappeler à l'ensemble des professionnels (travailleurs sociaux) les obligations relatives à la tenue de dossier des membres de l'OPTSTCFQ, démontrant que les services requis par l'état des usagers sont respectés ;
- Revoir le protocole et le processus d'accueil d'un usager en soins hospitaliers et l'explication des frais en fonction du choix de la chambre lors qu'un usager est hospitalisé, le droit à l'information devant être respecté ;
- Procéder à une évaluation des usagers permettant de confirmer ou d'infirmer la présence de négligence ou de maltraitance dans un milieu de vie ;
- Aviser la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services sans délai lorsqu'il y a une situation de maltraitance devant être traitée conformément à la procédure adoptée dans le cadre de l'application de *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* ;
- Valider le consentement d'un usager concernant les soins à recevoir lorsque celui-ci n'est pas déclaré inapte ;
- Sensibiliser les intervenants au respect du code éthique de l'établissement et prévoir un point spécifique à cet effet lors de la prochaine réunion de service ;
- Assurer le suivi d'une évaluation des besoins d'un résident lors des rencontres interdisciplinaires et ajuster les activités professionnelles ;
- Respecter le protocole clinique lors de la mise en place de mesures de protection, en assurer le suivi et effectuer des audits de dossiers périodiquement ;
- Faire l'évaluation du résident, noter celle-ci au dossier, remplir le rapport d'incident et d'accident et informer le CLSC de l'événement.

Protecteur du citoyen

Pour la période couvrant le 1^{er} avril 2022 au 31 mars 2023, le CIUSSS-EMTL a reçu 13 rapports du Protecteur du citoyen, dont trois étaient des avis d'intervention. De ces rapports, sept étaient sans aucune recommandation et six ont formulé neuf recommandations. Les thématiques et mesures mises en place sont les suivantes :

- Réévaluer la possibilité d'offrir au parent proche aidant l'accès à la modalité de l'allocation directe chèque emploi-service, pour dispenser les soins à son enfant inscrit au programme de soutien à domicile en déficience physique : mesure réalisée;
- Prendre les moyens nécessaires afin que soient vaccinés les usagers hospitalisés, notamment en niveau de soins alternatifs, éligibles à une dose de vaccin contre la COVID-19, lorsqu'ils en font la demande : mesure réalisée;
- Offrir au personnel infirmier concerné une formation sur la gestion de la douleur chronique ou complexe : mesure réalisée;
- Rappeler au personnel infirmier l'importance d'avoir une vision globale et complète de la personne pour ses soins, notamment en complétant la collecte de données initiales et le plan thérapeutique infirmier : mesure réalisée;
- Rappeler à l'ensemble du personnel infirmier de l'urgence l'importance de prendre rapidement en charge la douleur des usagers: mesure réalisée;

- Aviser le personnel de l'urgence de l'importance d'informer les proches d'usagers décédés des délais occasionnés lorsqu'une enquête du coroner est en cours : mesure réalisée;
- Rappeler à l'ensemble du personnel en CHSLD les principes de la loi et de la politique nationale pour les personnes proches aidantes afin de renforcer le partenariat entre les professionnels, les personnes proches aidantes et les personnes aidées : mesure réalisée;
- Rappeler à l'ensemble du personnel infirmier en CHSLD de procéder à la divulgation d'un accident le plus tôt possible après l'événement, conformément au règlement en vigueur : mesure réalisée;
- Rappeler à l'ensemble du personnel infirmier du CHSLD de procéder à une évaluation de la douleur au moyen d'une échelle adaptée à la condition de l'utilisateur dès l'apparition de signes ou indicateurs de douleur afin d'offrir un soulagement dans les meilleurs délais : mesure réalisée.

Coroner

Pour la période du 1^{er} avril 2022 au 31 mars 2023, le CIUSSS-EMTL a reçu neuf recommandations formulées dans six rapports du coroner. Les thématiques et mesures mises en place sont les suivantes :

- Revoir les pratiques et les mesures en place pour permettre d'impliquer les proches lors de l'évaluation du risque suicidaire suite à une tentative de suicide qui survient dans le contexte d'une séparation imminente : mesure réalisée;
- Établir des liens durables avec l'organisme qui sera responsable de la gestion de la cellule d'intervention rapide sur son territoire et s'y référer dans tous les dossiers où le risque homicidaire existe : mesure réalisée;
- Évaluer la qualité du transport et du transfert d'un usager : mesure réalisée;
- Porter à l'attention du comité de l'évaluation de la qualité de l'acte, la prise en charge des patients en agitation psychomotrice lors du triage notamment, au niveau du respect des délais associés aux échelles de triage reconnues, et apporter, le cas échéant, les mesures jugées appropriées : mesure en cours de réalisation;
- S'assurer que les fenêtres des appartements supervisés, hébergeant des personnes aux prises avec des maladies psychiatriques, soient sécuritaires en toutes circonstances : mesure réalisée;
- Revoir la procédure de triage concernant la clientèle admise dans ces appartements supervisés, en portant une attention particulière sur le risque de décompensation psychiatrique et de passage à l'acte des éventuels résidents, de façon à réorienter les individus à plus haut risque dans des ressources intermédiaires : mesure réalisée;
- Optimiser le rendement des caméras de surveillance dans les corridors menant aux chambres par l'installation de miroirs dans les angles non couverts par les caméras, ceci dans le but de mieux repérer les risques de chutes ou d'accidents survenant dans ces endroits où les résidents circulent et d'y apporter des mesures correctives, le cas échéant : mesure réalisée;
- Mettre en place des mesures permettant une surveillance plus étroite des résidents affectés par des troubles du comportement, ayant reçu une médication ponctuelle à cet effet, afin de s'assurer de leur efficacité : mesure réalisée;
- Évaluer la qualité de la prise en charge de la demande liée à l'utilisateur, notamment en ce qui a trait au délai et à la priorisation de son cas : mesure réalisée.

Personnes mises sous garde 2022-2023

Catégorie	Mission CH	Mission CHSLD	Mission CLSC	Mission CR	Total établissement	
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	1275	()	N/A	N/A	1275	
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	400	Sans objet	Sans objet	Sans objet	400	Voir note 1
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	498	()	N/A	N/A	498	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	786	Sans objet	Sans objet	Sans objet	786	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)	719	()	N/A	N/A	719	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 première garde ou un renouvellement. Voir tableau complémentaire 2. Il peut arriver qu'une demande de garde autorisée ou de renouvellement soit remplie, 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)	400
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)	98
Total	498

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	620
Nombre de demandes de renouvellement	166
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)	786
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)	719

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 porter plainte concernant les services reçus ou à recevoir, ainsi que déposer une plainte d'ordre médical. Il en est de même s'ils souhaitent faire un signalement de maltraitance, une demande de consultation concernant leurs droits ou une aide pour recevoir un service auquel ils ont droit. 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 ou son représentant veut communiquer avec le commissariat aux plaintes et à la qualité des services.

Pour joindre le bureau de la commissaire, consultez le site Web du CIUSSS au **ciusssestmtl.gouv.qc.ca**, sous la section « Nous joindre ».

L'information à la population et rayonnement

La promotion des services de première ligne a été un élément central des actions menées par le service des communications du CIUSSS-EMTL. Plusieurs moyens ont été utilisés afin de bien informer la population sur les alternatives à l'urgence. Parmi ceux-ci, nous retrouvons la distribution de cartes postales dans 218 861 foyers et l'affichage de publicités dans les stations de métro du territoire.

Par ailleurs, du 1^{er} avril 2022 au 31 mars 2023, le site Internet principal du CIUSSS-EMTL a reçu 1 085 413 visites par 1 038 976 utilisateurs uniques. Notons également la création d'un nouveau site Web pour le Centre d'expertise multidisciplinaire.

Tout au long de l'année financière, l'organisation a communiqué à ses 50 159 abonnés des réseaux sociaux (28 pages Facebook, LinkedIn, Twitter, Instagram, YouTube). Seulement sur la page Facebook du CIUSSS-EMTL, 378 publications ont été diffusées pour une portée de 792 000 personnes.

Par l'intermédiaire de son site Internet et des réseaux sociaux, la population peut en tout temps écrire pour poser des questions, exprimer une insatisfaction ou partager un bon coup. Un processus interne permet de faire le lien avec la direction concernée pour apporter une réponse dans les meilleurs délais. En cas de plainte, la personne est automatiquement invitée à joindre le Bureau de la commissaire aux plaintes.

L'année 2022-2023 aura également été marquée par une campagne de notoriété et de recrutement à grand déploiement sous le thème « Ton avenir en santé se lève à l'Est ». Elle visait principalement les jeunes adultes. Sur les différentes tribunes numériques, les visuels ont été vus plus de quatre millions de fois. L'affichage de la campagne s'est également fait sur trois campus universitaires ainsi que dans de nombreuses stations de métro à Montréal.

Finalement, le CIUSSS-EMTL et ses établissements ont été l'objet de 1 709 apparitions médias. Plus de 9 fois sur 10, il s'agissait d'une présence neutre ou positive.

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 évaluations dans les directions clientèle afin de sonder l'expérience des usagers, de leur famille et de leurs proches pour identifier les pistes d'amélioration à apporter aux soins et services offerts. L'établissement a

collaboré à la réalisation de sondages sur l'évaluation de la satisfaction des usagers avec certains comités des usagers du CIUSSS-EMTL.

Nouveauté cette année, parallèlement aux sondages de l'expérience patients réalisés par Agrément Canada, notre établissement a été sélectionné pour un projet pilote ministériel sur le déploiement de sondages sur l'expérience et la satisfaction des usagers. En effet, le ministère souhaite instaurer une démarche de collecte uniforme entre tous les établissements permettant de présenter en continu un portrait national de l'expérience et de la satisfaction des soins et services du point de vue des usagers et de leurs proches. Les premiers résultats ont été publiés sur le tableau de bord public de la performance du réseau de la santé et des services sociaux en février 2023.

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 presque huit 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 2022 au 31 mars 2023.

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 2022-2023

Au niveau du groupe interdisciplinaire de soutien, la sédation palliative et l'aide médicale à mourir (AMM)

Le Groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) pour l'aide médicale à mourir a tenu cinq rencontres au cours de l'année. Les rencontres ont permis de statuer sur les changements à apporter à l'ordonnance collective, de finaliser le dépliant explicatif de l'AMM pour les usagers ainsi que de rédiger un aide-mémoire du processus pour les professionnels, médecins et intervenants.

Le GIS a aussi répondu à plusieurs demandes de soutien variées : aide au transfert de dossiers entre CIUSSS et CISSS, rencontres de discussion pour des cas complexes, interventions auprès d'usagers pour clarification du processus, soutien aux médecins et aux professionnels pour clarifier le processus, questionnements sur certains aspects législatifs.

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

Depuis 2015 :

3124 intervenants ont reçu le niveau 2 de la formation soins palliatifs et de fin de vie
2088 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 proches aidants

Déploiement d'une offre de service de répit aux proches aidants des personnes en fin de vie à domicile, avec le budget de développement de 230 754 \$ du ministère de la Santé et des Services sociaux pour 2022-2023.

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

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

Mise en place d'infirmières affectées en soins palliatifs pour le RLS PDI (l'équipe est centralisée au CLSC Mercier-Est et sous le chef de service de cette équipe SAD).

Mise en place d'infirmières en soins palliatifs pour le RLS SLSM.

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

55 % de nos usagers en soins palliatifs à domicile qui sont décédés pendant l'année 2022-2023 sont décédés à la maison.

Soutien clinique lors de situations complexes offert par les conseillères en soins infirmiers affectées 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 l'échelle de performance de soins palliatifs (ou Palliative Performance Scale-PPS) ainsi que l'évaluation de la douleur.

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 aux soins palliatifs SAD au CSSS Lucille-Teasdale (LTEAS);

- Mise en place d’infirmières affectées aux 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 aux soins palliatifs pour le RLS Saint-Léonard et Saint-Michel;
- Entente de services 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 scale (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 2022 au 31 mars 2023 reliées aux activités de soins en fin de vie.

		Site ou installation				
Activité	Information demandée	Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	Total
Soins palliatifs et en fin de vie	Nombre de personnes en soins palliatifs et en fin de vie en centre hospitalier de courte durée					
	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d’usagers suivis dans les lits affectés en soins palliatifs 	915				2166
	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d’usagers suivis en clinique externe de soins palliatifs 	367				
<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d’usagers suivis sur les unités de soins par l’équipe de soins palliatifs 	884					

		Site ou installation				
Activité	Information demandée	Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	Total
	Nombre de personnes en soins palliatifs et en fin de vie en centre d'hébergement et de soins de longue durée		674			674
	Nombre de personnes en soins palliatifs et en fin de vie à domicile			985		985
	Nombre de personnes en soins palliatifs et en fin de vie en maison de soins palliatifs				174	174
Sédation palliative continue	Nombre de sédations palliatives continues administrées	<i>Formulaire de consentement à la sédation palliative continue</i>				69
Aide médicale à mourir	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	<i>Formulaire de demande d'aide médicale à mourir</i>				298
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	<i>Formulaire de déclaration de l'administration d'aide médicale à mourir</i> (11 demandes en attentes d'années précédentes)				171

		Site ou installation				
Activité	Information demandée	Centre hospitalier	CHSLD	Domicile	Maison de soins palliatifs	Total
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs de la non-administration	<i>(35) décès avant le soin ou évaluation</i> <i>(23) pertes de la capacité à consentir et/ou transfert en sédation palliative</i> <i>(13) changements d'avis</i> <i>(5) non éligible</i> <i>(14) transferts d'établissement</i> <i>(2) soins obtenus dans un autre établissement</i> <i>(2) en attente</i>				138

7. LES RESSOURCES HUMAINES

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

	Nombre d'emplois au 31 mars 2022			Nombre d'ETC en 2021-2022		
	2022	2022 COVID	2022 Total	2022	2022 COVID	2022 Total
1 – Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	4 215	201	4 416	3 365	144	3 509
2 – Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	5 884	1 146	7 030	4 677	861	5 538
3 – Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	2 425	312	2 737	1 940	244	2 184
4 – Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	2 291	67	2 358	1 915	57	1 972
5 – Personnel non visé par la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales *	116	4	120	99	4	103
6 – Personnel d'encadrement	558	4	562	534	4	538
8 – Personnel embauché temporairement par arrêté ministériel	4	78	82	4	74	77
Total	15 493	1 812	17 305	12 534	1 388	13 922

* 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'équivalents temps complet (ETC) : L'équivalent temps complet permet d'estimer le nombre de personnes qui aurait été nécessaire pour effectuer la même charge de travail, à l'exclusion des heures supplémentaires payées, si les personnes avaient travaillé à temps complet. C'est le rapport entre le nombre d'heures rémunérées, incluant 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 2021-2022		
	2022-03-27 au 2023-03-25		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Heures travaillées	Heures supplémentaires	Total heures rémunérées
1 – Personnel d'encadrement	972 430	16 507	988 937
2 – Personnel professionnel	2 699 692	35 453	2 735 145
3 – Personnel infirmier	6 419 536	637 558	7 057 094
4 – Personnel de bureau, technicien et assimilé	12 114 839	842 813	12 957 651
5 – Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2 452 470	130 550	2 583 020
6 – Étudiants et stagiaires	110 236	4 607	114 843
Total 2022-2023	24 769 202	1 667 488	26 436 690
Total 2021-2022			27 113 376

Cible 2022-2023 26 407 003

Écart (29 687)

Écart en % (0,1 %)

Bien que le total des heures rémunérées soit assez proche de la cible, certains des investissements dans le réseau de la santé et des services sociaux annoncés en cours d'exercice financier ainsi que les répercussions de la pandémie de la COVID-19 ont pu avoir des impacts imprévus sur les effectifs des établissements et contribuer, dans certains cas, au dépassement des cibles d'effectifs proposés par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

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	123 920 407 \$	7	53 152 367 \$	3	(70 768 040)	(57)
Services généraux – activités cliniques et d'aide	64 453 540 \$	3	73 767 913 \$	4	9 314 373 \$	14
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	476 818 956 \$	25	412 113 371 \$	24	(64 705 585) \$	(14)
Déficiences physique	32 678 597 \$	2	35 779 333 \$	2	3 100 736 \$	9
Déficiences intellectuelle et TSA	13 774 126 \$	1	15 236 469 \$	1	1 462 343 \$	11
Jeunes en difficulté	13 021 548 \$	1	13 269 305 \$	1	247 757 \$	2
Dépendances	1 415 159 \$	0	1 716 384 \$	0	301 225 \$	21
Santé mentale	234 311 125 \$	12	219 154 822 \$	13	(15 156 303)	(6)
Santé physique	551 668 526 \$	29	537 841 645 \$	31	(13 826 881)	(3)
Programmes soutien						
Administration	109 504 696 \$	6	113 028 128 \$	6	3 523 432 \$	3
Soutien aux services	143 455 146 \$	8	143 069 262 \$	8	(385 884) \$	0
Gestion des bâtiments et des équipements	119 568 839 \$	6	122 013 304 \$	7	2 444 465 \$	2
Total	1 884 590 665 \$	100	1 740 142 303 \$	100	(144 448 362)	(8)

* : 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.

L'équilibre budgétaire

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

Pour le présent exercice, il a réalisé un surplus de 117 549 302 \$, composé d'un surplus au fonds d'immobilisation de 122 592 410 \$ et d'un déficit au fonds d'exploitation de 5 043 108 \$. Par conséquent, l'établissement a respecté cette obligation légale.

Contrats de services

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

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique ¹	45	3 862 245 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	353	165 511 251 \$
Total des contrats de services	398	169 373 496 \$

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 décroissance de la pandémie de la COVID-19, la Direction des ressources technologiques (DRT) a répondu de façon continue aux besoins suivants :

- Dépistage/vaccination : la DRT a apporté son soutien en mettant en place des solutions technologiques pour faciliter le dépistage et la vaccination des usagers. Cela a permis d'optimiser les processus et de garantir une gestion efficace de ces activités cruciales;
- Services de soins COVID-19 directs aux usagers et prévention communautaire;
- Télétravail et télésanté : la DRT a assuré la continuité des opérations grâce à la mise en œuvre de solutions de télétravail et de télésanté. Cela a permis aux employés de travailler à distance de manière sécurisée et aux patients de recevoir des soins à distance, réduisant ainsi les risques de transmission de la COVID-19;
- Infrastructures technologiques/risques de bris de services;
- Cybersécurité : dans un contexte de cybermenaces croissantes, la DRT a renforcé les mesures de cybersécurité pour protéger les données sensibles des patients et assurer la confidentialité de l'information médicale;
- Demandes liées à des obligations/orientations ministérielles et/ou contractuelles : la DRT a répondu de manière proactive aux demandes liées aux obligations et orientations ministérielles ainsi qu'aux contrats en vigueur. Des efforts ont été déployés pour assurer la conformité et respecter les exigences réglementaires;
- Demandes liées aux orientations stratégiques et priorités organisationnelles.

En outre, l'équipe informatique a continué à documenter tous les projets afin d'assurer un suivi adéquat. Cette pratique a permis d'établir une transparence et une traçabilité des actions entreprises afin de faciliter les échanges avec les parties prenantes et les rapports ultérieurs.

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

Ressources technologiques

- **Maintien des actifs**
 - Le projet de rehaussement des postes de travail vers le système d'exploitation Windows 10 a été finalisé : plus de 13 000 postes ont été mis à jour ou remplacés.
- **COVID-19**
 - Mise en place des cliniques de vaccination, des centres de dépistages et aussi des cliniques éphémères en CLSC;
 - Commandes, livraison et gestion de l'inventaire des différentes technologies déployées;
 - Assurer le support et le maintien de ces cliniques jusqu'à la fermeture.
- **Aménagements, déménagements, relocalisations et transferts d'activités**
 - Ouverture d'un GMF-U 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.
- **Projets terminés d'amélioration de 1^{re} ligne**
 - Déploiement d'un dossier médical électronique (DMÉ);
 - Ouverture d'un GMF-U au CLSC Hochelaga;
 - Déploiement du guichet d'accès à la première ligne (GAP);
 - Programme Agir tôt : déploiement de la plateforme AIDE;
 - Acquisition et déploiement d'un système d'information de glycémie capillaire incluant les glucomètres;
 - Rehaussement du dossier clinique informatisé OACIS à la version 7.5 et AAW à 5.7 (Est-de-l'île);
 - Rehaussement dossier clinique informatisé OACIS à la version 7.5 et AAW à 5.7 (Lucille-Teasdale);
 - Projet en lien avec la mobilité des professionnels de Connect-T PEP;
 - Poursuite des travaux de réorganisation 1^{re} ligne.
- **Projets d'amélioration complétés des soins et services de 2^e ligne**
 - Mise à niveau des blocs opératoires-Externalisation – Site Angus;
 - Centralisation du système de dictée numérique, volet radiologie à l'HSCO;
 - Rehaussement du système de gestion des données et des images cardiovasculaires à l'HMR et l'HSCO;
 - Mise à niveau des systèmes d'archivage et de communication d'images (PACS) à l'HSCO;
 - Rehaussement du système de laboratoire physiologie respiratoire HSCO;
 - Rehaussement du système de gestion des analyses de pathologies (Diamic);
 - Remplacement du Cellavision DM-96 (Laboratoire);
 - Rehaussement de système de Ventana.

- **Projets d'amélioration complétés des soins et services de 3^e ligne**
 - Aménagement salle URDM HSCO;
 - Acquisition d'une nouvelle solution de reconstruction d'IRM cardiaque;
 - Mise en place d'un instrument de cartographie génomique (Saphyr, Optilab) :
 - Plateforme de traitement des images et données pour la recherche (Imagia) fusion CANEXIA.

- **Projets terminés d'amélioration des services de soutien à la mission**
 - Transfert du centre de traitement informatique HMR vers l'hôpital Santa Cabrini;
 - Solution de numérisation des dossiers des employés de la SST;
 - Ajout de mécanismes et déploiement d'outils de renforcement de la sécurité des actifs informationnels;
 - Équipements informatiques et connectivité pour sondage expérience usager – visite d'Agrément;
 - Uniformisation des fureteurs corporatifs;
 - SIU – Paie et Ressources Humaines Volet SST;
 - Logiciel de gestion de la bibliothèque à médicaments pompes néonatalogie;
 - Mise aux normes de la pharmacie HMR – Phase 1.

- **Interopérabilité et développement**
 - La migration des interfaces existantes vers le nouvel engin d'intégration provincial Enovacom s'est poursuivie au cours de 2022-23 pour atteindre 48 connecteurs en production;
 - Déploiement de deux applications développées sur mesure :
 1. L'application de gestion des mesures de contrôle d'isolement et de contention;
 2. L'outil Web de planification précoce et conjointe des congés (PPCC).

- **Téléphonie**
 - Mise en place de plusieurs centres de contact avec la plateforme Ring Central dans des projets tels que les différentes lignes COVID-19;
 - Mise en place d'un centre de contact pour le guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF);
 - Rehaussement du système téléphonique des territoires du CSSS Lucille-Teasdale 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.

- **Centre de service**
 - 40 500 demandes de service traitées;
 - 30 000 incidents résolus.

- **Renforcement de la sécurité**
 - Surveillance en continu des points d'accès et de la gestion des identités;
 - Rehaussement des logiciels de sécurité (antivirus) sur tous les postes de travail et tous les serveurs;
 - Mise en place d'une surveillance 24/7 des événements de sécurité;
 - Création d'une équipe/service de cybersécurité;
 - Renforcement de la sécurité sur actifs d'infrastructure.

Génie biomédical

Les projets majeurs réalisés en 2022 pour un montant de plus de 24 M\$, soit 96 % des estimés planifiés au printemps 2022.

- Remplacement de la salle de radiographie (HSCO salle 8);
- Remplacement des accélérateurs linéaires : salles 11 et 12, rehaussement salle 6;
- Remplacement de la salle d'hémodynamie de l'HMR;
- Fin du remplacement des appareils de dialyse;
- Remplacement de lits de l'IUSMM, de l'HMR et de l'HSCO, 4^e lots pour CHSLD;
- Remplacement des échographes diagnostiques;
- Remplacement de l'ensacheuse à la pharmacie de l'HSCO;
- Ajout des lève-patient aux unités de soins de l'HMR et de l'HSCO.

Ces réalisations ont été soutenues par :

- 21 appels d'offres et avis d'intention réalisé grâce à la direction logistique;
- Un nombre record de réalisations en 2022 qui nous positionne dans les services les plus performants du réseau quant à la réalisation des projets;
- La réception de 109 demandes de projets dont 65 ont été terminées dans l'année et le restant sera terminé dans l'année à venir;
- L'exercice de planification triennale a également été réalisé pendant l'année où plus de 17.4 M\$ de demandes de remplacement ont été priorisées et acceptées. Il s'agit de la deuxième année où toutes les demandes de remplacement sont autorisées, témoignant de la qualité de l'exercice fait par l'ensemble du personnel clinique.
- Au-delà du décaissement, ces activités permettent d'assurer un rehaussement de nos plateaux d'équipements qui assure des soins de pointe à nos patients.

Dans le cadre de la planification stratégique du CIUSSS-EMTL et en alignement avec le plan de transformation numérique du secteur de la santé, les projets réalisés et les équipements remplacés par la Direction des ressources technologiques (DRT) ont principalement contribué à :

- L'amélioration des soins et des services aux patients : les initiatives mises en place ont permis d'améliorer la sécurité, l'accès, la qualité et la performance des soins prodigués aux patients. Ces avancées technologiques ont favorisé une prise en charge plus efficace et de meilleure qualité;
- La création d'un environnement de travail performant et sécuritaire : des efforts ont été déployés pour mettre en place un environnement de travail performant et sécurisé. Cela inclut notamment la modernisation des infrastructures technologiques, le renforcement de la sécurité informatique et l'optimisation des équipements;
- L'établissement d'infrastructures technologiques flexibles et performantes : la DRT s'est attachée à mettre en place des infrastructures technologiques flexibles et performantes. Cela permettra de répondre aux besoins évolutifs de l'établissement de santé et de favoriser une intégration harmonieuse des nouvelles technologies;
- La préparation d'un environnement de santé numérique : en prévision de l'arrivée du dossier santé numérique, des mesures ont été prises pour mettre en place un environnement de santé numérique adéquat. Cela implique la modernisation des systèmes d'information et des outils nécessaires pour faciliter une transition fluide vers le dossier santé numérique.

Par ailleurs, la DRT a entrepris le processus d'harmonisation des technologies des différents sites existants. Cette initiative, qui s'étalera sur plusieurs années, nécessitera d'importants investissements pour mettre à jour le câblage, les équipements réseau, la téléphonie, la connectivité sans-fil et la sécurité informatique de toutes les installations du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Parallèlement, plusieurs systèmes seront mis à jour afin d'assurer leur soutien et leurs fonctionnalités.

Ces travaux visent à répondre aux enjeux et problématiques actuelles, tels que la vétusté des infrastructures technologiques et téléphoniques, les lacunes en matière de sécurité et les systèmes d'information défectueux. Leur mise en œuvre vise également à minimiser les impacts qui en découlent, notamment des soins et services sous-optimaux aux patients, une sous-utilisation des technologies pour la qualité des soins, un milieu clinique moins attrayant pour la nouvelle génération et une perte d'efficacité des employés dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre spécialisée.

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2023

Description des réserves, commentaires et observations	Année (XXXX-XXXX)	Nature	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée besoins de rajouter ou de modifier des contrôles. Ce processus continu s'effectue à l'intérieur des équipes concernées.	État de la problématique au 31 mars 2023
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.				

11. DIVULGATIONS D'ACTES RÉPRÉHENSIBLES REÇUS ET TRAITÉS AU CIUSSS-EMTL

Aucun acte répréhensible concernant l'établissement n'a été divulgué en 2022-2023.

**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 (chapitre M-30)**

Adopté le 11 février 2016

Révisé le 13 février 2020



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

Québec 

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE.....	2
SECTION 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	3
SECTION 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE.....	6
SECTION 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS.....	10
SECTION 4 — APPLICATION	12
ANNEXE I – ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE	17
ANNEXE II – AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE	18
ANNEXE III – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DES ADMINISTRATEURS	19
ANNEXE IV – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL.....	19
ANNEXE V – DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS	26
ANNEXE VI – SIGNALEMENT D'UNE SITUATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS.....	27
ANNEXE VII – AFFIRMATION DE DISCRÉTION DANS UNE ENQUÊTE D'EXAMEN	28

PRÉAMBULE

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

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

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondement légal

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

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

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

Faute grave : résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables à un 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 si elle n'a pas,

de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptibles 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 la décision 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 ou à une personne en fonction au sein de l'établissement. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

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

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs 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 à recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code, en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer en tout temps le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.
- Se rapporter au cadre conceptuel d'éthique et à des critères éclairés par des données probantes pour le guider dans ses décisions.

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

- Respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- Agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination.
- Respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, à la diversité des points de vue en les considérant comme nécessaires 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 si ces règles ne l'y autorisent pas

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.

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

19.4 Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la

personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait une violation de la confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

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

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

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

19.8 Le comité d'examen *ad hoc* transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante 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, doit être écrite et motivée. 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 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 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 à 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

- La nature de vos activités en lien avec ces derniers;
- Les détails concernant tout avantage financier pertinent (honoraires, compensations financières, actions, etc.).

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 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 unis 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

A 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 avec 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

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 :

1. Intérêts pécuniaires

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

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

–

–

–

2. Titre d'administrateur

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

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

–

–

3. Emploi

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

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

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