



Rapport annuel 2015-2016

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

Le Rapport annuel de gestion 2015-2016 du Centre intégré universitaire de santé et 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 du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

Il est disponible à la section Publications du site: <http://ciuss-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 :

ISBN 978-2-550-75929-4 (imprimé)

ISBN 978-2-550-75953-9 (PDF)

© CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, 2016

LEXIQUE

ACCU	Action concertée clientèle urgence	DSI	Directions des soins infirmiers
ACFAS	Association francophone pour le savoir	DSM	Direction des services multidisciplinaires
ACIIQ	Association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec	DSP	Direction des services professionnels
APSS	Accès priorisé aux services spécialisés	DSQ	Dossier santé Québec
C.A.	Conseil d'administration	ETC	Équivalents à temps complet
CAU	Centre affilié universitaire	GDE	Gestionnaire de dossiers électroniques
CECII	Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers	GMF	Groupe de médecine de famille
CETC	Centre d'excellence en thérapie cellulaire	HMR	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée	HSC	Hôpital Santa Cabrini
CII	Conseil des infirmières et infirmiers	IRSC	Institut de recherche en santé du Canada
CIUP	Centre d'information pour l'usager et ses proches	LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux	LT	Lucille-Teasdale
CIUSSS-EMTL	Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	MSSS	Ministère de la Santé et Services sociaux
CM	Conseil multidisciplinaire	OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmacies	PDI	Pointe-de-l'Île
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse	RLRQ	Recueil des lois et règlements du Québec
CRDS	Centre de répartition des demandes de services	SAPA	Soutien autonomie aux personnes âgées
CR-HMR	Centre de recherche de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont	SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
CR-IUSMM	Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal	SPI	Santé partenaire infantile
CSSS	Centre de santé et de services sociaux	SQETGC	Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement
CU	Comité des usagers	STL-STM	Saint-Léonard-Saint-Michel
CUCI	Comité des usagers du centre intégré universitaire de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	TBI	Troubles basés sur les inférences
C3i	Centre de commercialisation en immunothérapie du cancer	TCC	Traitement cognitif-comportemental
CVQ	Comité de vigilance et de la qualité	TGC	Troubles graves du comportement
DMÉ	Dossier médical électronique	Triple P	Pratiques Parentales Positives
DRHCAJ	Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques	URDM	Unité de retraitement des dispositifs médicaux
DRI	Direction des ressources informationnelles		
DRMG	Département régional de médecine générale		

Table des matières

Message des autorités	5	Direction des services multidisciplinaires	24
Déclaration de fiabilité.....	7	Direction des services professionnels.....	25
Présentation de l'établissement.....	8	Direction des soins infirmiers	32
Mission et services offerts	8	Les directions administratives.....	33
Notre mission	8	Direction de la logistique	33
Nos services.....	8	Direction de la qualité, de la performance et de l'éthique	33
Désignation Centre affilié universitaire (CAU) ou institut.....	9	Direction des ressources financières	34
Désignation Institut universitaire de santé mentale	9	Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques	36
Désignation Centre affilié universitaire.....	9	Direction des ressources informationnelles	37
Structure de l'organisation au 31 mars 2016	10	Direction des services techniques	38
		Direction de l'enseignement	40
		Direction de la recherche	44
		Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité	48
Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives au 31 mars 2016.....	11	Personnes mises sous garde.....	50
Le conseil d'administration.....	11	Application de la politique portant sur les soins de fin de vie	51
Principales activités	11	Résultats : entente de gestion et d'imputabilité ..	53
Le code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration	11	Les attentes spécifiques	53
Liste des conseils, comités ou instances	11	Les engagements de l'établissement en fonction, notamment, du plan stratégique 2015-2020 du MSSS.....	62
Comité de gouvernance et d'éthique.....	11	Les ressources humaines	83
Comité de révision.....	11	Contrat de services	83
Comité de vérification	12	Les ressources financières	84
Comité des ressources humaines et des communications.....	12	États financiers	84
Comités d'éthique en recherche	12	Équilibre budgétaire	111
Comité de vigilance et de la qualité	13	Sommes versées à l'établissement par les fondations.....	111
Comité de gestion des risques	13	État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant	112
Conseil multidisciplinaire	15	Annexe 1 - Code de déontologie des administrateurs applicable aux membres du conseil d'administration.....	121
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)	16		
Conseil des infirmières et infirmiers (CII)	16		
Comité des usagers du centre intégré.....	17		
Activités de l'établissement	19		
Les directions cliniques.....	19		
Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées	19		
Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et de déficience physique	20		
Direction des programmes en santé mentale et dépendance	21		
Direction du programme jeunesse.....	22		

Message des autorités

C'est avec plaisir que nous vous présentons ce premier rapport annuel du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

Trois orientations majeures sont venues guider cette première année de notre CIUSSS : l'amélioration de l'**accès**, de la **continuité** et de la **qualité** des services.

Les personnes qui ont recours aux services de santé et aux services sociaux témoignent souvent des bons services qu'ils reçoivent dans notre réseau. Toutefois, les défis sont plus grands en ce qui a trait à l'**accès et à la continuité** des services. En ce sens, diverses actions ont été menées.

Ainsi, nous avons **amélioré la gestion des épisodes de soins** des personnes qui ont fréquemment recours à l'urgence. Les équipes médicales de 1^{re} ligne, de soutien à domicile, des services courants et de santé mentale ont été mobilisées. Nous avons ainsi diminué le nombre de visites à l'urgence pour cette clientèle et le recours à l'hospitalisation.

Nous avons également convenu d'ententes avec les **groupes de médecine de famille** de notre territoire. En vertu de ces ententes, les personnes qui se présentent à l'urgence et dont les problèmes de santé peuvent être pris en charge par une clinique ont accès chaque jour à des plages de rendez-vous (68) à l'un ou l'autre des quatre groupes de médecine de famille de l'est de Montréal.

L'accès aux **soins palliatifs** a aussi été amélioré. En effet, le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Gaétan Barrette, et la députée de Crémazie et adjointe parlementaire du ministre de la Santé et des Services sociaux, madame Marie Montpetit, ont annoncé l'ajout de 28 nouveaux lits de soins palliatifs et de fin de vie, dont une unité de 18 lits qui sera installée à l'Hôpital Marie-Clarac et une autre de 10 lits à l'Hôpital Santa Cabrini (HSC). Avec les 26 lits déjà disponibles à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et à l'HSC, en plus des 18 lits déjà présents à l'Hôpital Marie-Clarac, nous disposons ainsi d'un total de 72 lits en soins palliatifs pour répondre aux besoins de la population. Cet ajout de lits vient donc compléter les services déjà existants en hospitalisation et à domicile.

Le CIUSSS a également déployé des efforts importants afin d'assurer l'application de la nouvelle loi sur les **soins de fin de vie**. En effet, toutes les équipes cliniques ont reçu les consignes et les outils requis pour accueillir les demandes tout en tenant compte des aspects légaux et éthiques inhérents aux soins de fin de vie.

L'enseignement, la recherche et le développement de l'expertise

Par son **affiliation universitaire**, notre établissement joue un rôle important à l'égard de l'enseignement, de la recherche et du développement de l'expertise.

Avec l'addition des activités de chacun des établissements d'origine, nous avons offert 8 700 stages en cours d'année. Si on ajoute à cette performance les activités de formation continue offertes à près de 2 000 professionnels de la santé, nous pouvons affirmer que notre CIUSSS s'assure à la fois de préparer la relève et de promouvoir les meilleures pratiques dans une perspective d'excellence.

Notre établissement est doté de **deux centres de recherche** d'envergure : celui de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et celui de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal qui regroupent à eux deux 237 chercheurs.

Témoignage de l'excellence des travaux réalisés à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, le ministère canadien de l'Innovation, des Sciences et du Développement économique a accordé des fonds de 15 millions de dollars sur cinq ans au **Centre de commercialisation en immunothérapie du cancer (C3i)** pour l'élaboration, l'application et la commercialisation de l'immunothérapie du cancer. Avec les fonds privés qui accompagneront cet octroi, les investissements totaux atteindront probablement 50 millions de dollars.

D'autre part, les immobilisations requises pour la **banque Signature** du Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal ont été finalisées. Ce projet novateur, qui recueille et rassemble des données médicales, psychosociales ainsi que du matériel biologique humain, vise d'abord et avant tout à faire progresser la recherche dans le domaine de la santé mentale et permet de fournir certaines de ces données en temps réel aux équipes traitantes, une première au monde.

Toujours sur le plan du développement de l'excellence, notre département d'ophtalmologie a été désigné **Centre universitaire d'ophtalmologie de l'Université de Montréal**. Cette désignation vient couronner l'excellence du travail de nos équipes. En effet, depuis plus de 50 ans, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont joue un rôle de chef de file en santé de la vision au Canada. Fort d'une concentration unique d'expertise clinique et de recherche, mais aussi riche de sa capacité de fédérer les forces vives en matière de santé de la vision, notre département pourra ainsi suivre sa trajectoire exemplaire et poursuivre sa mission de soins, de recherche et d'enseignement en ophtalmologie.

Les liens de partenariat

Notre CIUSSS dessert une population de 527 000 personnes et couvre un vaste territoire. Il nous importe toutefois de nous rapprocher de la communauté, de la population, afin de bien comprendre et donc de mieux répondre aux besoins.

Voilà pourquoi nous avons adopté un modèle de **participation citoyenne** et avons mis sur pied un Conseil local citoyen en santé, qui a tenu une première rencontre le 10 février 2016. Une quarantaine d'acteurs engagés provenant d'organisations ciblées couvrant l'ensemble de notre territoire et représentants les secteurs de la santé, du développement social, du logement, du transport, de l'environnement, de la sécurité publique, de l'éducation, de la culture, de l'emploi et des affaires se sont réunis dans ce nouveau lieu de concertation unique au Québec.

C'est aussi dans ce contexte de participation citoyenne que nous avons tenu, le 25 janvier 2016, un **Forum citoyen sur les urgences**. Ce Forum a réuni 200 personnes afin de faire le point sur les habitudes des usagers et les solutions de rechange possibles au recours à l'urgence. Les participants étaient à la fois des citoyens, des patients, des professionnels de la santé (employés et médecins du CIUSSS et des cliniques de l'Est), des représentants de groupes communautaires, des élus (provinciaux et municipaux), des gens d'affaires, etc. Les résultats de ce Forum permettront d'alimenter les travaux visant à améliorer l'efficacité et l'efficacités de nos urgences.

Rayonnement

De nombreux **prix et distinctions** sont venus témoigner de l'excellence de notre milieu et des personnes qui y œuvrent. Aussi, nos chercheurs, médecins et professionnels ont fait l'objet de près de 1200 mentions dans les grands médias d'information. Cette présence médiatique permet à la population d'avoir accès à des renseignements validés scientifiquement et de connaître les plus récents développements en santé et services sociaux.

La gestion

Notre énergie a également été mobilisée par la **réorganisation de notre réseau** de la santé et des services sociaux. Outre la gestion du changement, nous avons procédé à la dotation des cadres, du personnel de l'équipe de direction et des gestionnaires. Le travail se poursuit pour les chefs de départements médicaux.

Cette année aura également permis la constitution du **conseil d'administration** et de ses comités. Les membres du conseil d'administration se sont d'ailleurs réunis à trois reprises en séance régulière.

Nous avons aussi procédé à la fusion des **conseils professionnels** des établissements d'origine. Notre CIUSSS compte ainsi sur des conseils unifiés, soit un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, un conseil des infirmières et infirmiers, de même qu'un conseil multidisciplinaire. D'autre part, conformément aux dispositions de la loi, les comités des usagers ont conservé leur lien à l'égard des établissements d'origine. Nous nous sommes toutefois assuré que des mécanismes de communication et de collaboration soient instaurés entre ces comités de même qu'avec la direction.

Pour cette première année, nous avons réalisé d'importants **efforts d'optimisation**, notamment par l'abolition de postes de cadres et le regroupement des équipes administratives. Ainsi, le nombre de postes de cadres est passé de 588 à 452. La mise en commun des ressources et le regroupement des contrats de biens et services a également permis des économies de plus d'un million de dollars.

Même si ce dossier relève du Gouvernement du Québec, la signature des **conventions collectives** constitue un élément important cette année. Nous entreprenons nos discussions avec nos 28 accréditations syndicales. Ils ne seront plus que quatre d'ici dix-huit mois.

Enfin, au plan administratif, il faut noter les efforts consentis pour arriver à l'**équilibre budgétaire**. Grâce notamment à l'implication de nos gestionnaires, nous avons conclu notre exercice financier avec un léger déficit de 0,6%.

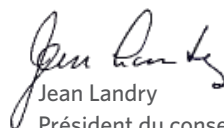
Outre la qualité des services et la compétence de son personnel et de ses médecins, notre établissement doit compter sur des installations adaptées. Une récente recension de la vétusté des installations de notre réseau a mis en relief les **défis importants sur le plan des immobilisations**, notamment en ce qui concerne l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Nos équipes des services techniques et les autorités concernées sont bien au fait de la situation et procèdent aux analyses requises pour intervenir judicieusement. Malgré tout, nous avons procédé cette année à l'inauguration de la nouvelle urgence, un changement fort bien accueilli, tant par les citoyens qui la fréquentent que par les équipes qui y œuvrent!

Merci!

Devant tant de réalisations, il convient de présenter des remerciements!

Merci tout d'abord aux **fondations** qui soutiennent les divers volets de notre mission. Grâce à leur appui et à la générosité de leurs donateurs, notre établissement peut déployer son plein potentiel au bénéfice des citoyens de l'est de l'île de Montréal.

Merci aussi aux bénévoles, médecins, dentistes, chercheurs, professionnels, membres du personnel administratif et de soutien, ainsi qu'aux gestionnaires qui font preuve d'un dévouement, d'un professionnalisme et d'un engagement remarquables.



Jean Landry

Président du conseil d'administration



Yvan Gendron

Président-directeur général

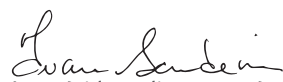
Déclaration de fiabilité

À titre de président-directeur général du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2015-2016 du CIUSSS 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 2016.



Le président-directeur général,
Yvan Gendron

Présentation de l'établissement

Le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal rassemble les établissements suivants et compte 43 points de services.

Il exploite les missions suivantes :

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

Sur son territoire, le CIUSSS exploite 1241 lits de courte durée, 2545 lits d'hébergement de longue durée, 551 places de ressources non institutionnelles (RNI) pour les personnes âgées et 2 078 places d'hébergement en santé mentale.

En première ligne, on trouve sur le territoire du CIUSSS 65 cliniques médicales dont 12 groupes de médecine de famille (GMF).

Mission et services offerts

NOTRE MISSION

Pour assurer une véritable intégration des services offerts à la population, le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal :

- 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 socio-sanitaire, incluant le volet santé publique;
- assume une responsabilité populationnelle envers la population de son territoire socio-sanitaire;
- veille à l'organisation des services et à leur complémentarité sur son territoire dans le cadre de ses multiples missions (C.H., CLSC, CHSLD, CPEJ, CR), 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.).

NOS SERVICES

Soins et services de première ligne

En première ligne, nous offrons des services de santé et des services sociaux courants, à toute la population de notre territoire, de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion, soit dans :

Comité de direction en date du 31 mars 2016	
Pierre Beaudet	directeur Logistique
Marc Béglise	directeur de Ressources informationnelles
Roxanne Bergeron	directrice du Programme de santé mentale et dépendance
Danièle Bernard	directrice du Programme soutien à l'autonomie des personnes âgées
Alain Bonnardeaux	directeur de l'Enseignement universitaire
Audrey Bouchard	directrice des Soins infirmiers
Caroline Drolet	directrice de la Qualité, Évaluation, Performance et Éthique
Yvan Gendron	président-directeur général
Marie-Claude Grondin	directrice des Services techniques
Sylvain Lemieux	DGA, Programme santé physique générale et spécialisée
Danielle Levert	directrice des Programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
D ^r André J. Luyet	directeur des Services professionnels
Céline Morin	DGA Finances, Soutien, Administration et Performance et directrice des Ressources financières
Julie Provencher	directrice du Programme jeunesse
Sylvia Provost	directrice des Ressources humaines, communications et affaires juridiques
D ^r Denis-Claude Roy	directeur de la Recherche

Les installations des territoires de la Pointe-de-l'Île, de Lucille-Teasdale 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.

Les centres d'hébergement :

- services médicaux et pharmaceutiques personnalisés;
- soins infirmiers et d'assistance en permanence;
- services alimentaires;
- 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

Nous offrons des soins spécialisés et ultraspecialisés, particulièrement en hématologie, en oncologie médicale et chirurgicale, en néphrologie et greffe rénale, ainsi qu'en ophtalmologie, et ce, autant au plan régional que supra-régional.

Soins et services en milieu institutionnel

Nous offrons des services spécialisés et surspécialisés en psychiatrie grâce à un dispositif varié et innovateur de services de traitement, de réadaptation et de réhabilitation afin de répondre aux besoins multiples de cette clientèle.

Nous avons également **un volet universitaire**. Nous participons à l'enseignement pré et postdoctoral des étudiants de la Faculté de médecine, principalement de l'Université de Montréal, et d'autres facultés de sciences.

Nous avons aussi **un volet recherche**. Le CIUSSS-EMTL, affilié à l'Université de Montréal, regroupe deux centres de recherche, celui de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et celui de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Nous nous investissons dans des activités de recherche fondamentale, translationnelle et clinique, particulièrement dans ses axes d'expertise spécifique.

Désignation Centre affilié universitaire (CAU) ou institut

Les articles 88 à 91 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* 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 de notre CIUSSS ont été désignés, soit l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, centre affilié universitaire.

DÉSIGNATION INSTITUT UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MENTALE

Dans notre CIUSSS, la Direction des programmes santé mentale et dépendance (DPSMD) assure le leadership inhérent au maintien de la mission institut universitaire de santé mentale et de réadaptation.

Concrètement, cela se traduit 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.

Cette mission s'accompagne d'obligations de **qualité de services** et d'**innovation**.

Dans les quatre premières années de sa désignation, le développement et la concrétisation de cette mission institut universitaire ont été rendus possibles, entre autres, grâce au **partenariat** avec d'autres établissements, dont le CIUSSS

du Nord-de-l'Île-de-Montréal, l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, le Centre hospitalier universitaire Ste-Justine, l'Institut de cardiologie de Montréal, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal et l'Université de Montréal.

DÉSIGNATION CENTRE AFFILIÉ UNIVERSITAIRE

Affilié à l'Université de Montréal depuis 1997, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) est un lieu de savoir et d'innovation en matière d'enseignement. En effet, l'HMR participe à l'enseignement pré et postdoctoral des étudiants de la Faculté de médecine, principalement de l'Université de Montréal et d'autres facultés de sciences. Il reçoit chaque année plus de 4000 étudiants, futurs médecins, infirmières et professionnels de la santé qui assureront la relève de demain.

L'HMR est également un haut lieu d'innovation en recherche. En effet, les équipes mènent de nombreuses recherches scientifiques et médicales pour développer de nouveaux traitements et remèdes, donnant ainsi espoir aux personnes atteintes de maladies aujourd'hui incurables.

Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives au 31 mars 2016

Le conseil d'administration	
Jean Landry	membre indépendant, président du conseil d'administration
Francine Décary	membre indépendant, vice-présidente du conseil d'administration
Yvan Gendron	président-directeur général, secrétaire du conseil d'administration
Membres indépendants	
M ^e Anne Côté	présidente du comité de gouvernance et d'éthique
M ^e Consolato Gattuso	président du comité de vérification
Hélène Manseau	présidente du comité de révision
Ghislaine Prata	présidente du comité de vigilance et de la qualité
Djamila Benabdelkader	
Mariette Lemieux-Lanthierternes	
Alain Martineau	
M ^e Antonio Sciascia	
Membres désignés par l'Université	
D ^r Pierre Bourgoïn	représentant Université
D ^r Daniel Lajeunesse	représentant Université
Membres élus	
Steeve Gauthier,	représentant conseil des infirmières et infirmiers (CII)
D ^r Rafik Ghali	médecin spécialiste conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
D ^r François Loubert	médecine générale Département régional de médecine régionale (DRMG)
Émilie Mercier	représentante conseil multidisciplinaire (CM)
Pierre Parent	représentant comité des usagers (CU)
Sabrina Sanzari	pharmacienne Comité régional sur les services pharmaceutiques
Charles Argento	membre observateur désigné par les présidents des fondations

PRINCIPALES ACTIVITÉS

Depuis sa constitution, le conseil d'administration a tenu trois assemblées publiques. Les travaux ont porté sur l'implantation des différentes activités liées aux rôles et responsabilités du nouveau conseil d'administration. Aussi, les différents comités de travail ont été constitués. Durant ces assemblées, divers sujets ont été traités dont la Maison des naissances, les soins palliatifs et soins de fin de vie, le Centre

de dialyse et le déménagement de l'urgence de l'HMR, ainsi que la visite d'agrément des installations du CSSS Lucille-Teasdale.

Le conseil d'administration (C.A.) a également suivi de près les dossiers de ses différents comités.

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

Au cours de l'année 2015-2016, aucun cas ou manquement n'a été constaté par les instances disciplinaires.

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

Liste des conseils, comités ou instances

Comité de gouvernance et d'éthique	
M ^e Anne Côté	membre indépendante (présidente du comité)
Francine Décary	membre indépendante, vice-présidente du conseil d'administration
Mariette L. Lanthier	membre indépendante
Hélène Manseau	membre indépendante
M ^e Antonio Sciascia	membre indépendant
Jean Landry	président du conseil d'administration (membre d'office)
Au cours de l'année 2015-2016, le comité de gouvernance et d'éthique a siégé à deux reprises.	

Comité de révision	
Hélène Manseau	membre indépendante (présidente du comité)
D ^r Jacques Tremblay	pneumologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont
D ^{re} Sandra Haxuan	omnipraticienne, installations du CSSS Saint-Léonard-Saint-Michel
Au cours de l'année 2015-2016, le comité de révision a siégé à deux reprises.	

Comité de vérification	
M ^e Consolato Gattuso	membre indépendant (président du comité)
Daniel Lajeunesse	membre désigné de l'Université de Montréal
Mariette L. Lanthier	membre indépendante
Alain Martineau	membre indépendant
M ^e Antonio Sciascia	membre indépendant
Jean Landry	président du conseil d'administration (membre d'office)
Au cours de l'année 2015-2016, le comité de vérification a siégé à deux reprises.	

Comité des ressources humaines et des communications	
Francine Décary	membre indépendante, vice-présidente du conseil d'administration, (présidente du comité)
Mariette L. Lanthier	membre indépendante
Steeve Gauthier	représentant du CII
Au cours de l'année 2015-2016, le comité des ressources humaines et des communications a siégé une fois.	

Comités d'éthique en recherche

Comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal	
Membres réguliers	
Odette Beaudoin	présidente, juriste (non affiliée)
Christine Grou	conseillère en éthique (neuropsychologue)
Monique Choquette	représentante de la collectivité (non affiliée)
Stéphane Gagnon	représentant scientifique (conseiller clinique- psychologue)
Isabelle Gauvreau	représentante de la collectivité (non affiliée)
Millie Lum	représentante scientifique (pharmacienne)
Souad Lahlafi	représentante scientifique (infirmière clinicienne)
Bernardine Joseph	représentante scientifique (infirmière clinicienne)
Marc Pelletier	représentant scientifique (agent de programmation, planification et recherche)

Comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (suite)	
Membres suppléants	
Janique Beauchamps	représentante scientifique (conseillère clinicienne en soins infirmiers volet recherche et évaluation de la qualité)
Édouard Kouassi	représentant scientifique (pharmacien)
Philippe Vincent	représentant scientifique (pharmacien)
Louise Côté	représentante de la collectivité (non affiliée)
Hélène Leduc	représentante de la collectivité (non affiliée)
Robert Élie	représentant de la collectivité (non affilié)
Delphine Roigt	conseillère en éthique, juriste (non affiliée)
Au cours de l'année 2015-2016, 11 réunions plénières ordinaires ont été tenues.	

Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont	
Membres réguliers	
D ^r Peter Vavassis	président, membre du CMDP
D ^r Stéphane P. Ahern	coprésident, membre du CMDP
D ^r François Marquis	coprésident, membres du CMDP
D ^{re} Lynne Sénécal	coprésidente, membre du CMDP
M ^e Brigitte Pâquet	personne spécialisée en droit
Marceline Quach	pharmacienne, membre du CMDP
Brigitte St-Pierre	personne spécialisée en éthique
Louise Chainey	représentante de la communauté non affiliée
Mathieu Roy	représentant de la communauté non affilié
Membres suppléants	
D ^r Stéphane P. Ahern	personne spécialisée en éthique
Helen Assayag	pharmacienne, membre du CMDP
Philippe Bouchard	pharmacien, membre du CMDP
Karine Daoust	pharmacienne, membre du CMDP
Johane De Champlain	personne spécialisée en éthique et en droit
Lise Dominique	représentante de la communauté non affiliée
Marie-Anne Doucet	représentante de la communauté non affiliée
Kristine Goyette	pharmacienne, membre du CMDP
Marie Hirtle	personne spécialisée en éthique et en droit
Denis Projean	pharmacien, membre du CMDP

Comité d'éthique de la recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (suite)			
Médecins nommés et médecins substitués, expertise scientifique biomédicale, membres du CMDP (HMR)			
D ^r Jean Roy	D ^r Richard LeBlanc	D ^{re} Julie Beaudet	D ^r Lucas Sideris
D ^r Jean-François Latulippe	D ^r Yves Bendavid	D ^r Christian Ahmarani	D ^r Akram Rahal
D ^{re} Isabelle Brunette	D ^r Sébastien Olivier	D ^{re} Marie-Lyne Bélair	D ^r Éric Fortin
Au cours de l'année 2015-2016, 23 réunions plénières ordinaires ont été tenues			

Comité de vigilance et de la qualité	
Ghislaine Prata	présidente du comité, membre du conseil d'administration
Pierre Parent	membre du conseil d'administration désigné par le comité des usagers
Djamila Benadbelkader	membre du conseil d'administration, indépendante
Diane Desjardins	commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
Yvan Gendron	président-directeur général
Invités	
Jean Landry	président du conseil d'administration
Caroline Drolet	directrice de la qualité, évaluation, performance et éthique
Au cours de l'année 2015-2016, le comité a tenu deux rencontres. Nombre d'avis et de recommandations envoyé au conseil d'administration : 1.	

Attendu que le C.A. doit prendre les mesures pour préserver en tout temps l'indépendance du médecin examinateur dans l'exercice de ses fonctions (LSSSS art. 43), le C.A. a adopté, le 22 décembre 2015, la proposition du comité de vigilance et de la qualité (CVQ) d'assurer que les médecins examinateurs soient exempts de tout conflits d'intérêts lors de chacune de leurs enquêtes, et qu'ils fassent la déclaration écrite de façon spécifique dans chacune des conclusions qu'ils remettent.

Avis ou recommandation émis au C.A. par le CVQ au cours de l'année

Le comité de vigilance et de la qualité a pris connaissance et fait le suivi des recommandations qui lui ont été acheminées. Pour l'année 2015-2016, le CVQ a recommandé au C.A. que des mesures soient prises afin de préserver l'indépendance des médecins examinateurs. Cette recommandation est en lien avec le modèle de la performance pour le volet qualité des services. De plus, le CVQ a recommandé que des ressources administratives soient suffisantes pour soutenir la commissaire aux plaintes et à la qualité.

Résultats obtenus en fonction du mandat du comité

Au niveau de la commissaire aux plaintes :

Le comité a analysé divers rapports en lien avec le respect des droits des usagers et le traitement de leurs plaintes. Ainsi, le comité prend connaissance de l'ensemble des plaintes générales, des demandes d'assistance et des plaintes médicales. Le comité a assuré un suivi des divers rapports suivants :

- Survol du régime des plaintes :
 - présentation des acteurs du régime d'examen des plaintes, de son équipe, des différents types de dossiers et des enjeux actuels;
 - présentation des rôles de la commissaire aux plaintes, du médecin examinateur et du comité de révision.
- Rapports périodiques des données des plaintes, des assistances, du tableau de suivi des recommandations, des plans d'action et des données du médecin examinateur.
- Rapport sur les mesures, engagements, recommandations et autres activités.

Le CVQ a également révisé le Règlement du fonctionnement du comité de révision (REG-001).

Au niveau du modèle de performance (accessibilité, qualité, efficacité et mobilisation) :

Le comité a analysé divers rapports en lien avec la pertinence, la qualité, la sécurité, l'accessibilité et l'efficacité des services rendus. Le comité a assuré un suivi des divers rapports suivants :

- rapport périodique des événements sentinelles et du taux de déclarations dans le contexte de la prestation sécuritaire de soins et de services;
- résultats de sondage de satisfaction de la clientèle;
- tableau de bord de l'entente de gestion et d'imputabilité;
- rapport de la visite d'agrément du CSSS Lucille-Teasdale : suivi de la visite d'agrément;
- plan d'action pour la démarche d'agrément CIUSSS-EMTL 2017-2019.

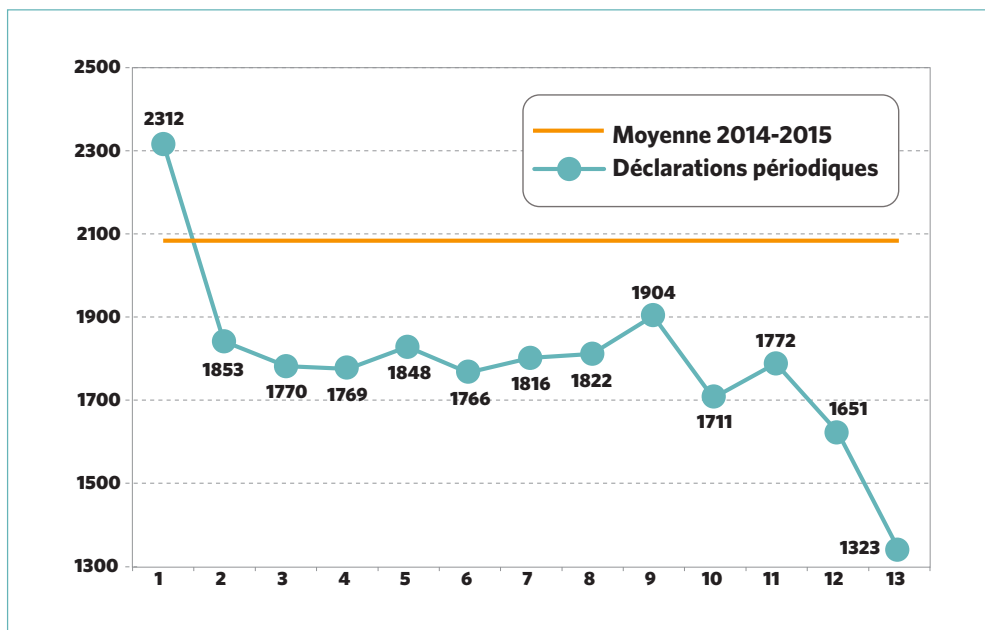
Comité de gestion des risques

En date du 31 mars 2016, le comité de gestion des risques du CIUSSS n'était pas encore constitué.

Déclarations des événements indésirables 2015-2016

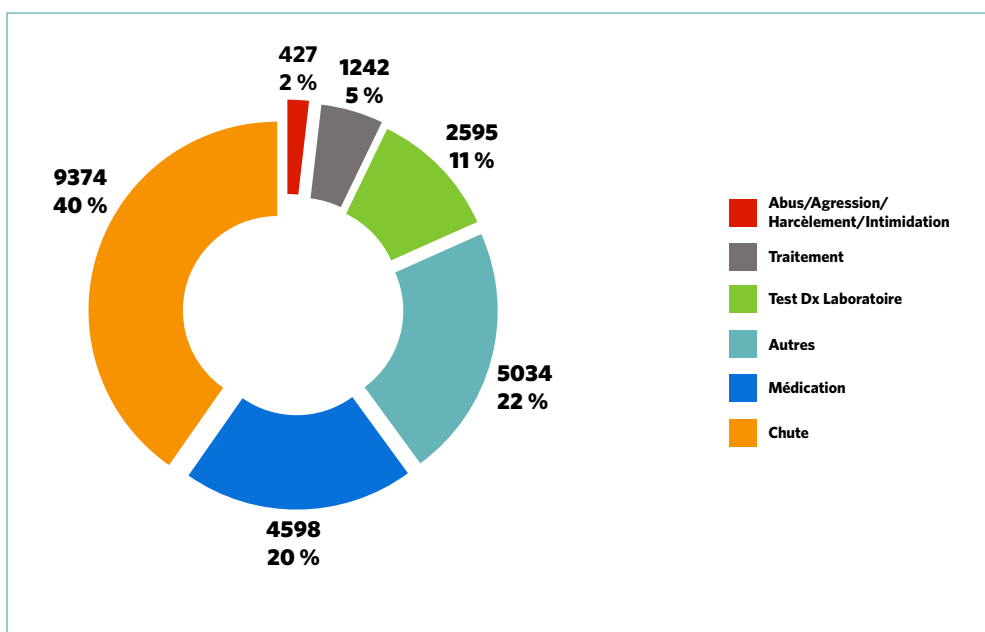
Il y a eu au total 23 317 déclarations d'événements indésirables au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal comme le démontre le tableau ci-dessous. Actuellement, l'établissement utilise deux systèmes de saisies des déclarations des incidents/accidents. Un travail d'harmonisation des deux systèmes est en cours d'actualisation. Au cours de l'année 2016-2017, nous visons la migration vers un système unique.

Nombre de déclarations d'événements indésirables 2015-2016 par période



Concernant la répartition des événements accidents par type d'événements, les chutes et les erreurs de médicaments sont les plus fréquents comme le démontre le tableau ci-dessous. Cela correspond à la tendance observée dans le registre national des incidents et accidents des autres établissements du réseau de la santé. Chacune de ces catégories se subdivise en sous-catégories dont les principales sont pour les chutes trouvées par terre et en circulant. Et pour la médication : omission de médicaments et dose.

Répartition des incidents/accidents par type



L'année 2015-2016 aura été marquée par la transition vers la nouvelle organisation des soins et services du territoire. Les objectifs visés ont été la standardisation et l'intégration des activités de gestion des risques de l'établissement, et ce, par la réalisation d'activités ciblant la reconfiguration du mode de fonctionnement, l'adoption de référentiels communs en gestion des risques et le déploiement de projets intégrateurs en amélioration continue de la qualité et de la performance. Des actions de concertation ont été engagées pour soutenir

les priorités stratégiques de l'établissement et prévenir la récurrence de situation à risque élevé. Des activités de formation ont eu lieu tout au long de l'année pour habilitier le personnel à assumer leurs responsabilités en gestion des risques. Des activités de sensibilisation ont spécifiquement visé les usagers et leur famille afin de les informer de leur rôle actif en prévention des risques.

Conseil multidisciplinaire

Comité exécutif transitoire

Il est composé d'un représentant (ancien président) de chacune des sept installations, du président-directeur général et de la personne qu'il désigne, soit le directeur des services multidisciplinaires.

Installations / Directions	Représentants	Période
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Simon Tremblay <i>Emilie Mercier</i> Emilie Mercier	1 ^{er} avril au 18 décembre 2015 <i>21 mai au 31 août 2015</i> 18 décembre 2015 au 31 mars 2016
Hôpital Santa Cabrini	Danielle Côté Sylvain Dubé	1 ^{er} avril au 15 octobre 2015 15 octobre 2015 au 31 mars 2016
Institut canadien-polonais du Bien-être	Marta Grzegorzczuk	1 ^{er} avril 2015 au 31 mars 2016
Institut universitaire en santé mentale de Montréal	Louise Soucy <i>Luc Valiquette</i> <i>Valérie Beauchamp</i>	1 ^{er} avril 2015 au 31 mars 2016 <i>1^{er} avril au 21 mai 2015</i> <i>21 mai au 15 octobre 2015</i>
Lucille-Teasdale	Martin St-George	1 ^{er} avril 2015 au 31 mars 2016
Pointe-de-l'Île	Rémy Berthelot <i>Jenny Tshilumba</i> Nancy Beaulieu	1 ^{er} avril 2015 au 20 janvier 2016 <i>1^{er} avril au 21 mai 2015</i> 8 mars au 31 mars 2016
Saint-Léonard-Saint-Michel	Carole Vacher <i>Guy Bourgie</i> <i>Guy Jolicoeur</i>	1 ^{er} avril 2015 au 31 mars 2016 <i>27 janvier au 24 février 2016</i> <i>24 février au 31 mars 2016</i>
Présidence-direction générale	Yvan Gendron	1 ^{er} avril 2015 au 31 mars 2016
Direction des services multidisciplinaires	Yves Desjardins Sylvain Lemieux	1 ^{er} avril 2015 à fin mai 2016 fin juin 2015 au 31 mars 2016

En italique : représentants intérimaires en raison d'une vacance à ce poste.

Au cours de l'année 2015-2016, le comité exécutif transitoire du conseil multidisciplinaire s'est rencontré dix fois. Les premières rencontres ont porté sur l'élaboration d'un mode de fonctionnement et la mise en commun des diverses réalités.

Par la suite, les actions ont été consacrées aux dossiers de gouvernance interne :

- la création d'une liste de membres unique;
- le processus d'adoption du Règlement sur la régie interne;
- le processus électoral du comité exécutif.

Les représentants des installations ont également mis en place des rencontres de travail pour subvenir au flot des demandes. Une trentaine de rencontres ont eu lieu.

Le 24 septembre, M^{me} Émilie Mercier, ergothérapeute à l'HMR, a été désignée pour agir comme membre du conseil d'administration du CIUSSS-EMTL à la suite du processus de désignation du collègue « conseil multidisciplinaire ».

Dès l'automne, le comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) a débuté ses processus de consultation et de représentation aux diverses instances.

Cinq avis et recommandations ont été présentés au président-directeur général :

- avis sur la recommandation du comité de sélection pour le poste de directeur de l'enseignement;
- avis sur le rapport du comité de nomination du directeur de la recherche;
- avis concernant l'application de l'article 21 de la LSSSS dans le processus de désignation du membre du conseil multidisciplinaire au conseil d'administration;
- avis en lien avec le processus de consultation sur les protocoles d'aide médicale à mourir n° 5011 et de sédation palliative n° 5012;
- avis du conseil multidisciplinaire transitoire relativement au sixième chantier « Implanter et contrôler le processus de planification du congé » du projet « Trajectoire optimale ».

Un avis a été présenté au conseil d'administration :

- avis et recommandations en lien avec le processus d'élection pour la désignation d'un membre du conseil multidisciplinaire au C.A. du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

Deux avis présentés au directeur des Services professionnels :

- recommandation pour les protocoles interdisciplinaires de l'aide médicale à mourir et de sédation palliative continue;
- approbation du protocole interdisciplinaire n° 5013 « Directives médicales anticipées ».

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Les listes des membres du CMDP du CIUSSS sont réparties au niveau des installations. La répartition des effectifs du CMDP au 31 mars 2016 était la suivante :

Médecins, dentistes et pharmaciens

Statut	Nombre de membres	Congés de service	TOTAL net
Actif	799	50	749
Associé, affilié et pratique minoritaire	300	6	294
Conseil	41	-	41

Titres

Honoraire	64	s/o	64
Émérite	52	s/o	52

Le comité exécutif du CMDP a tenu 14 réunions durant l'exercice 2015-2016, étudié les dossiers soumis à son attention et émis 116 recommandations auprès du conseil d'administration. Les recommandations émises touchaient divers sujets, entre autres :

- l'adoption du Règlement transitoire du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
- l'adoption du Règlement du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;
- l'avis - Protocole de l'aide médicale à mourir;
- l'avis - Protocole sédation palliative continue;
- la nomination du médecin examinateur de deux installations;
- la nomination des membres du comité de révision du CIUSSS;
- l'avis pour la nomination du chef du Département de pharmacie;
- l'avis pour la nomination du directeur de l'Enseignement;
- l'avis pour la nomination du directeur de la Recherche;

- le suivi des comités de discipline;
- le renouvellement des privilèges et statuts détenus pour les membres des installations suivantes : CSSS de la Pointe-de-l'Île, CSSS Lucille-Teasdale et partiellement pour l'HSC;
- le suivi des diverses recommandations du comité de pharmacologie incluant : dossiers divers, addition et retrait de médicaments au formulaire;
- le suivi des recommandations des divers comités d'examen des titres incluant : nomination de nouveaux membres, modification de statut et privilèges, congé de service et démission de membres du CMDP, soit :
 - nouvelles candidatures : 82;
 - congés de service (octroi, prolongation ou retour) : 36;
 - démissions : 71;
 - changements de statuts ou de privilèges : 70;
 - nominations administratives : 7.

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Membres du CII

Monique Nguyen	infirmière clinicienne en maladies chroniques /installations de Saint-Léonard-Saint-Michel (présidente)
Mélissa Lalonde	conseillère en soins infirmiers (formation) / HSC (vice-présidente)
Josée Labbé	infirmière clinicienne - clinique PTRP / IUSMM (trésorière)
Audrey Bouchard	directrice des Soins infirmiers (secrétaire)
Pascale Fois	conseillère clinique pour le préceptorat et les stages / installations Lucille-Teasdale
Virginie Gagné De Courval	conseillère en soins infirmiers (p.i) / HMR (agente de communication)
Claudel Guillemette	directeur adjoint des pratiques et de l'excellence en soins infirmiers
Malgorzata Kiliszek	infirmière chef d'équipe infirmière / Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc.
Patricia Lafrenière	chef de service du développement de l'expertise infirmière des programmes sociaux et de réadaptation / installations de la Pointe-de-l'Île
Johanne Laramée	infirmière clinicienne - JED 0-5 ans, équipe SIPPE / installations Lucille-Teasdale
Yvan Gendron	président-directeur général
Invités	
Steeve Gauthier	infirmier désigné au CA par le collège électoral du CII
Hélène Ménard	chef de service à l'évaluation des soins infirmiers et du matériel de soins (depuis mars 2016)

Le comité exécutif du CII (CECII) s'est réuni à dix reprises et il est prévu que l'assemblée générale se tienne le 1^{er} juin. Des rencontres de travail et trois rencontres extraordinaires ont également eu lieu pour faire avancer les dossiers du comité.

Plusieurs dossiers ont retenu leur attention, entre autres :

- révision des règlements généraux du CII;
- participation au colloque de l'Association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec (ACIIQ) en septembre 2015;
- élection d'un infirmier désigné au conseil d'administration;
- participation à deux assemblées générales extraordinaires de l'ACIIQ;
- mise en place de la page intranet du CII et de Facebook;
- participation de la formation des soins de fin de vie du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS);
- comité de la Direction des soins infirmiers (DSI) sédation palliative;
- création du comité de la relève infirmière;
- création du slogan (*Se découvrir, ensemble*) du conseil, thématique 2016-2017.

Au cours de l'année 2015-2016, le CECII a également émis des recommandations et des avis sur les sujets suivants :

- recommandation sur la dotation des postes du directeur de l'Enseignement et du directeur à la Recherche;
- modèle de gestion de la Direction du programme santé physique générale et spécialisée du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal;
- enjeux et préoccupation en soins infirmiers au sein du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal;
- groupe de discussion sur l'intranet;
- règle de soins : prélèvement gynécologique pour fins de dépistage (HMR);
- règle de soins infirmiers : prescription infirmière;
- compétences à développer chez les étudiantes infirmières pour assurer une prestation sécuritaire des soins infirmiers;
- offre de services de la DSI, volet des pratiques professionnelles;
- lettre (prestation sécuritaire des soins en salle d'accouchement, HMR);
- protocole interdisciplinaire Aide médicale à mourir n° 5011;

- protocole interdisciplinaire – Sédation palliative continue n° 5012;
- protocole interdisciplinaire de demandes médicales anticipées n° 5013;
- politique de niveau des soins et de réanimation cardio-respiratoire.

Comité des usagers du centre intégré

Les comités des usagers de chacun des sept établissements qui composent notre CIUSSS ont poursuivi leurs activités tout au long de l'année. Leurs fonctions (prévues à l'article 212 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux) sont demeurées les mêmes, soit :

- renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations;
- promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement;
- défendre les droits et les intérêts collectifs des usagers;
- accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute démarche qu'il entreprend y compris lorsqu'il désire porter une plainte.

De plus, depuis la fusion des établissements, en avril 2015, une nouvelle structure de coordination a été mise sur pied, soit le Comité des usagers du Centre intégré universitaire de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CUCI), lequel est responsable de la représentation, de la coordination et de l'harmonisation des activités des sept comités des usagers pérennisés (CUCI).

Comité des usagers du centre intégré (CUCI)	
Pierre Parent	président, Comité de résidents du Centre d'hébergement Biermans (Pointe-de-l'Île)
Jeannelle Bouffard	vice-présidente, Comité des usagers Lucille-Teasdale
Francesca D'Errico	secrétaire, Comité des usagers de l'Hôpital Santa Cabrini
Giuseppe Di Battista	trésorier, Comité de résidents du centre d'accueil Dante (Hôpital Santa Cabrini)
Jacques Côté	Comité des usagers de l'Institut universitaire de santé mentale
Céline Dubé	Comité des usagers de la Pointe-de-l'Île
Lucille Le Boudier	Comité de résidents du Centre d'hébergement Robert-Cliche (Lucille-Teasdale)
Micheline Vermette	Comité de résidents du Centre d'hébergement J.-H. Charbonneau (Lucille-Teasdale)
Gratien Caron (par intérim)	Comité des usagers de Saint-Léonard et de Saint-Michel
George Pajuk	Comité des usagers de l'Institut canadien-polonais du Bien-être inc.
À VENIR	Comité des usagers de l'HMR

Faits saillants

Le CUCI a tenu sept rencontres durant l'année durant lesquelles les activités suivantes ont été réalisées :

- nomination des membres et mise sur pied du comité;
- nomination du représentant du CUCI au C.A.;
- appropriation par les membres de leur nouveau rôle;
- familiarisation des membres avec le fonctionnement du nouveau CIUSSS;
- regroupement des rapports d'activités et rapports financiers des comités des usagers des sept organisations fusionnées et envoi au Ministère;
- désignation d'un représentant au comité milieu de vie/ milieu de soins;
- commentaires et préoccupations du CUCI véhiculés à l'organisation concernant divers projets présentés par le CIUSSS;
- consultation de documents portés à l'attention du CUCI par le CIUSSS;
- discussion concernant la situation financière des comités et suivi de la réception des budgets;
- démarches en vue d'uniformiser les pratiques comptables des sept comités des usagers.

Activités de l'établissement

Les soins et services offerts par le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal s'articulent maintenant autour de 16 directions et à une direction générale, comme en témoigne l'organigramme à la page 10. Au cours de l'année 2015-2016, chaque direction a travaillé à la réalisation de nombreux projets que nous vous présentons dans les pages suivantes.

Les directions cliniques

DIRECTION DU SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES

Les principales réalisations de l'équipe du continuum des services clientèles

- L'élaboration d'une trajectoire optimale pour la clientèle de 75 ans et plus fréquentant les centres hospitaliers pour favoriser un retour à domicile précoce et sécuritaire par :
 - l'adoption d'un processus de suivi systématique et de liaison avec les équipes de soutien à domicile pour les usagers de 75 ans et plus dont le retour à domicile est potentiellement compromis, et ce, dès l'urgence du centre hospitalier;
 - résultat : 30 % des usagers dont le retour à domicile est compromis ont obtenu un congé à partir de l'urgence, et seulement 4 % des usagers qui sont hospitalisés sont hébergés depuis la mise en place de cette mesure;
 - création d'un poste de chef de services de soins à domicile (SAD) en milieu hospitalier pour assurer le soutien aux intervenants hospitaliers impliqués dans la planification précoce du congé.
- L'optimisation des services d'aide à domicile des services professionnels pour améliorer la prise en charge et l'intensité des services tout en contrôlant les coûts.
 - Aide à domicile
 - Révision de la pertinence de tous les services d'aide à domicile offerts à la clientèle selon leur profil et besoins.
 - Adoption de balises de services uniformes pour tout le CIUSSS et d'une structure de comité d'allocations de services afin d'assurer l'équité.
 - Amélioration de la gestion des routes des auxiliaires en santé et services sociaux.
 - Résultat : diminution de 25 % de la main-d'œuvre indépendante.
 - Services professionnels
 - Amélioration de la performance de plusieurs professionnels :

Nombre d'interventions par 7 heures travaillées

Services	Interventions*
Aide à domicile	+ 12 %
Psychosocial	+ 14 %
Ergothérapie	+ 17 %
Physiothérapie	+ 13%

* Période 11 de l'exercice 2015-2016 vs celle de 2014-2015

- Le regroupement du centre de jour Rivière-des-Prairies et du centre de jour Triest a permis, pour la clientèle de Rivière-des-Prairies, d'avoir accès à des locaux correspondant aux besoins d'une clientèle en plus grande perte d'autonomie. Cette fusion a rendu possible la révision de la programmation, l'évaluation des besoins de la clientèle ainsi que des proches aidants. Le regroupement des deux équipes nous permet de donner des services diversifiés et plus efficaces.

Les principales réalisations de l'équipe du volet développement et programmes spécifiques

- Depuis avril 2015, un service d'hospitalisation à domicile et résolution de crise (HDRC) est offert par le programme de gérontopsychiatrie pour les personnes âgées de plus de 70 ans. Il offre, directement dans le milieu de vie des patients, des soins et des services spécialisés d'évaluation et de traitement intensifs aux personnes dont la condition psychiatrique complexe pourrait conduire à une détérioration aiguë de l'état de santé ou du fonctionnement. En utilisant les ressources disponibles du milieu et avec la participation des familles et des proches, l'HDRC offre une alternative rapide et efficace à l'hospitalisation traditionnelle, en l'évitant ou en l'écourtant. Ce type de service est novateur (une première au Canada), particulièrement en raison de la clientèle visée. En plus d'accroître la satisfaction des usagers, l'HRDC diminue le recours aux unités de soins aigus et désengorge les urgences hospitalières. Entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016, le service a suivi plus de 100 personnes âgées. En tout temps, l'équipe multidisciplinaire suit une trentaine de patients qui peuvent être visités jusqu'à quatre fois par jour.
- La centralisation du guichet d'accès pour les demandes d'hébergement temporaire. L'augmentation des personnes en niveau de soins alternatifs (NSA) et de l'inadéquation entre les besoins et les ressources dans les cinq CIUSSS de Montréal a mené à la création du comité NSA, issu de la Table des présidents-directeurs généraux adjoints montréalais. Un des objectifs de ce comité était l'implantation d'un guichet unique pour chaque CIUSSS montréalais. Les guichets uniques créés devaient être accessibles à toutes les personnes de plus de 18 ans ayant des besoins de convalescence ou de réadaptation, prioriser le retour à domicile, ne refuser personne en

soins post-aigus et en réadaptation, traiter les demandes à l'intérieur de 24h et intégrer les personnes aux lits post-aigus ou donner congé dans les 48h. En optimisant l'utilisation des ressources au sein du continuum, cette nouvelle structure simplifie la trajectoire de l'utilisateur, renforce ses capacités résiduelles et évite les passages inutiles à l'hôpital. Conformément à l'échéancier demandé par le comité NSA, nous sommes passés d'une dizaine de portes d'entrée à une seule pour les lits post-aigus. Entre le 7 mars 2016 et le 1^{er} mai 2016, le guichet unique a traité près de 220 demandes et n'a enregistré aucun refus. Le guichet a traité toutes les demandes dans un délai de 24h.

Les principales réalisations de l'équipe de l'hébergement

- Le déploiement, en janvier 2016, d'un projet clinique avec une vision transversale ayant comme objectif l'intégration des 15 CHSLD. L'harmonisation des programmes cliniques est essentielle dans un contexte de CIUSSS afin de répondre à l'ensemble des attentes ministérielles et aux normes d'Agrément Canada en soins de longue durée. En 2015-2016, huit visites ministérielles ont été réalisées pour évaluer la qualité de nos CHSLD sur 16 thèmes précis. On note des points forts sur l'approche relationnelle du personnel, l'approche individualisée pour chaque résident, le faible taux d'utilisation de la contention physique, la gestion sécuritaire des produits dangereux et la propreté des milieux. Nous avons identifié un total de 102 indicateurs de qualité en CHSLD pour lesquels une mise à niveau est commencée selon les plans d'amélioration du MSSS dans un délai de 24 mois. La création du comité Milieu de vie - milieu de soins en janvier 2016 comme forum participatif sur le développement clinique et la création, en février 2016, de huit équipes cliniques spécialisées réunissant des experts de l'hébergement et de la Direction de santé physique (DSP, DSM, DSI) permettront la mise à niveau des programmes cliniques dans les délais prévus et de façon harmonisée pour les quinze CHSLD.

Il faut souligner l'excellent résultat du secteur de l'hébergement des sept CHSLD de l'ancien secteur du CSSS Lucille-Teasdale lors de la visite d'Agrément Canada de janvier 2016. Le rapport montre un taux de réponse de plus de 98% aux normes d'Agrément Canada en soins de longue durée.

- Le transfert du CHSLD Quatre-Saisons sous la responsabilité du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal le 1^{er} avril 2016. La préparation du transfert a demandé une coordination de plusieurs mois et une collaboration étroite des deux organisations pour assurer la continuité et la qualité des soins et services. Un plan de communication détaillé et des mesures de soutien ont permis d'accompagner judicieusement les résidents, leurs proches, les bénévoles et les employés dans tout le processus.

Les nouveaux enjeux et les priorités

Pour l'année 2016-2017, les grands défis de la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) :

- Se doter d'une vision clinique pour la 1^{re} ligne tant au soutien à domicile qu'en hébergement, ce qui permettra de diminuer les transferts des CHSLD du territoire vers l'hôpital. Il y a, en moyenne, 110 transferts par période et 50% ont une durée de moins d'une journée.
- Travailler de concert avec les DSM, DSI et DSP dans le développement d'une gouvernance clinique solide.
- Créer un programme de soins palliatifs par le plan de développement 2015-2020. Ouverture de 10 lits de soins palliatifs à l'HSC et actualiser le corridor de service avec l'Hôpital Marie-Clarac pour l'utilisation des nouveaux 18 lits.
- Implanter le Plan Alzheimer qui structure l'offre de services aux personnes âgées et soutient les équipes GMF dans le suivi des clientèles ayant un diagnostic de démence.
- Développer un modèle d'hospitalisation à domicile qui permettra aux personnes âgées d'éviter des hospitalisations et leur permettra un rétablissement rapide.
- Mobiliser et susciter la participation des équipes dans la transformation de nos pratiques.
- Transformer les lits en hébergement: les équipes de l'hébergement ont commencé un projet d'évaluation de la clientèle présentant des symptômes comportementaux psychologiques reliés à la démence (SCPD). Ce projet sera réalisé auprès de 2300 résidents hébergés.
- Déployer une politique pour l'ensemble de l'organisation afin de contrer la maltraitance.

DIRECTION DES PROGRAMMES DE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE, TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME ET DE DÉFICIENCE PHYSIQUE

Les principales réalisations de l'équipe des programmes de déficience intellectuelle et du trouble du spectre de l'autisme

- La réalisation d'importants travaux par les équipes visant à harmoniser et optimiser le continuum de services aux enfants de 0-7 ans. L'objectif est de réduire le délai d'accès aux services, tant pour la stimulation précoce que pour les services en déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme. Le rôle de l'intervenant pivot est au centre de nos priorités, notamment pour assurer un suivi tout au long du parcours de chacune des personnes.

Nous participons étroitement aux travaux montréalais à ce sujet et avons établi des collaborations tant avec des organismes communautaires que des partenaires internes.

- Le soutien à l'implantation de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) auprès des usagers adultes. L'évaluation des personnes adultes inscrites aux services de soutien à domicile de longue durée vise à assurer la pertinence des services offerts et mieux connaître les services requis.

Notons que le nombre de demandes de services continue d'augmenter, et ce, particulièrement pour les personnes ayant un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme.

PROGRAMMES	Déficience intellectuelle	Trouble du spectre de l'autisme
Nombre d'usagers 2014-15	1031	931
Nombre d'interventions 2014-15	9340	6492
Nombre d'usagers 2015-16	1085	1062
Nombre d'interventions 2015-16	10256	8204

Les principales réalisations du programme de déficience physique

- La mise en place de différents travaux au cours de la dernière année afin d'actualiser le programme en déficience physique. Ainsi, les conseils d'administration des quatre ressources d'hébergement alternatifs du territoire du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal ont été sollicités afin de revoir le contrat de services qui nous lie. Les collaborations avec les principaux organismes communautaires en déficience physique se sont poursuivies.
- Une cueillette de données exhaustive concernant la nature des services offerts aux personnes ayant une déficience physique réalisée en collaboration avec la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées. Ces données permettront, en début d'année 2016-2017, de regrouper au sein d'une équipe dédiée, l'ensemble des services offerts en déficience physique.

Les nouveaux enjeux et les priorités

- La consolidation des services offerts, notamment par la mise en œuvre de la trajectoire de services révisée pour les enfants de la naissance à sept ans et la création d'une équipe dédiée pour les services professionnels en déficience physique.
- La diffusion et l'appropriation des offres de services ministérielles en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme, et déficience physique feront partie

des priorités, ainsi que l'actualisation d'un guichet unique DI-TSA-DP (Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique) en vue de faciliter l'accueil et le parcours des usagers et de leur famille au sein de nos services.

- Finalement, des ententes de collaboration avec certains de nos partenaires devront être convenues afin d'assurer l'accès à l'ensemble des services requis à la population de notre territoire.

DIRECTION DES PROGRAMMES EN SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCE

Les principales réalisations de l'équipe du programme continuum services clientèles

- La réalisation des projets pilotes de l'équipe Action concertée clientèle urgence (ACCU) et du projet de l'infirmière en santé mentale du CIUSSS sur le territoire de Saint-Léonard et Saint-Michel. Ces projets ont prouvé leur pertinence et évoluent vers de plus grandes équipes.
- Introduction d'un pair aidant (principalement aux soins intensifs pour pouvoir faire un retour sur un épisode d'isolement et contentions). C'est un projet audacieux qui s'inspire des bonnes pratiques (associé à la recherche).
- Mise en place d'une équipe *Patient Aligned Care Team* (PACT).
- Équipe de L'Avancée: finaliste pour le prix ESTim de la Chambre de commerce de l'Est de Montréal.

Les principales réalisations de l'équipe de l'hébergement

- Les 25, 26 et 27 mai dernier, l'équipe ministérielle du MSSS a mené sa visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie des usagers confiés à une ressource intermédiaire et de type familial. Durant ces trois jours, 19 ressources ont été visitées par trois membres de cette équipe. Le rapport de la visite est en général très positif et souligne la qualité des services qui y sont offerts. Six recommandations ont été émises par les visiteurs et un plan d'action échelonné sur une période de deux ans a été conçu afin d'assurer le suivi de ces recommandations.
- La poursuite d'une importante démarche, amorcée en 2014, visant la révision de certains processus reliés aux activités impliquant les équipes du mécanisme d'accès et du suivi usagers au Service de la coordination des ressources. Le processus a été chapeauté par le Service du développement de la main-d'œuvre de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques en y impliquant aussi deux membres du syndicat. En juin 2015, le bilan des travaux a été présenté.

Cette démarche intensive interdirections a permis, entre autres, de concevoir plusieurs outils aidant à la gestion de certaines activités quotidiennes, à intégrer des moyens permettant d'équilibrer la charge de travail et à améliorer l'hygiène de vie au travail.

Les principales réalisations de l'équipe du programme développement et services spécialisés

- La mise en place du programme Dysfonctions exécutives majeures (DEM) visant l'intégration et le maintien, dans une ressource d'hébergement dans la communauté, de personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) et des troubles graves du comportement (TGC) associés à des DEM afin de favoriser leur participation sociale.

Le programme poursuit quatre objectifs spécifiques :

- Diminuer les manifestations de TGC et leurs indices comportementaux de dysfonctions exécutives chez les participants.
 - Améliorer les capacités de fonctionnement adaptatif de participants.
 - Rendre accessible un milieu de vie résidentiel en communauté adapté aux besoins des participants et au moment approprié.
 - Améliorer les capacités de l'environnement social de répondre aux besoins des participants.
- La mise sur pied d'un comité paritaire afin de favoriser une approche de partenariat axée sur les compétences des familles pour promouvoir davantage leur implication dans l'offre de services.
 - Le Programme DI a instauré une vision des services et de sa programmation clinique qui reconnaît le rôle crucial des familles, en considérant, à la fois, leur besoin de soutien et leur expertise propre.
 - Après 18 mois d'existence, il a permis l'actualisation d'un plan d'action en regard des besoins exprimés par les familles et l'organisation d'une journée d'étude rassemblant les familles et les intervenants du programme.
 - Le projet de rehaussement d'expertise en collaboration avec le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETGC).

Le projet vise les actions suivantes :

- Superviser et *coacher* les intervenants qui soutiennent l'équipe dédiée à la clientèle de la « déficience intellectuelle, du trouble du spectre de l'autisme et des troubles graves du comportement (DI-TSA-TGC)-Comorbidité psychiatrique ».
- Soutenir le rehaussement de la programmation clinique et de l'offre de services surspécialisés.
- Superviser la démarche d'évaluation et d'intervention surspécialisée pour la clientèle avec le profil décrit précédemment.

DIRECTION DU PROGRAMME JEUNESSE

Les principales réalisations de l'équipe du continuum naissance

- L'implantation du système de surveillance foetale Philips™ à la salle d'accouchement de l'HMR en novembre 2015. Ce système permet une prise en charge novatrice de nos patientes et de leur bébé grâce à une technologie spécialisée dans le bien-être fœtal. Une surveillance accrue qui s'appuie sur les meilleures pratiques selon les sociétés expertes en gynécologie et obstétrique est maintenant possible.
- La 4^e et dernière année du Programme approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPROOB) auprès des équipes du continuum naissance. Le programme AMPROOB est axé sur la sécurité et la qualité des soins des patientes ainsi que sur la formation continue.
- La création d'un continuum naissance, en fusionnant les services de la périnatalité, les cliniques externes de gynécologie et d'obstétrique et la salle d'accouchement, et ce, dans une vision d'atteinte de standards de qualité et de sécurité. Cette fusion permet dorénavant d'offrir des formations obstétricales et gynécologiques adaptées aux besoins de la clientèle.

Les principales réalisations de l'équipe pédiatrique

- L'harmonisation de l'offre de service en vaccination infantile réalisée en étroite collaboration avec les équipes de la santé parentale infantile (SPI) et plusieurs partenaires. Un état de situation détaillé de l'offre de service actuel a été fait.
- L'actualisation du niveau de soins tertiaires et l'actuelle offre de service des prématurés de 27 semaines de gestation et plus à l'unité de soins intensifs néonataux. Le service de néonatalogie est une unité médicale de soins aigus pour les nouveau-nés qui accueille près de 600 nouveau-nés par année. En collaboration avec la Direction des soins infirmiers, un plan de formation a été déployé pour le personnel et se poursuivra au cours de la prochaine année. Ce plan vise à actualiser les connaissances du personnel de l'unité néonatale relativement aux soins destinés à des nouveau-nés de 25 à 28 semaines de gestation.

Les principales réalisations de l'équipe petite enfance et jeunesse

- L'établissement a signé une entente avec la Fondation OLO s'engageant à mettre en place le programme « 1000 jours pour savourer la vie » de la Fondation OLO. Ce programme vise à aider les familles, spécialement celles vivant en situation de vulnérabilité, à adopter de saines habitudes alimentaires (bien manger, cuisiner et manger en famille) au cours de la période des mille premiers jours de l'enfant, soit de la grossesse jusqu'à la deuxième année de vie.

Pour 2015-2016, il y a eu 6 435 naissances, et de ce nombre, 426 familles ont été rejointes par le programme OLO-SIPPE (Œuf, lait, jus d'orange et vitamines — Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance).

- Considérant la recrudescence de plusieurs infections transmissibles sexuellement et par le sang, l'équipe scolaire de Saint-Léonard et Saint-Michel, avec l'aide d'une sexologue, a procédé à la révision de son programme « Saine sexualité » afin de mieux outiller les jeunes à développer des compétences transversales. Cela a permis l'élaboration du programme « À vos marques, prêts, respect! ».

Le programme vise le développement des compétences personnelles et sociales, et ce, sous forme d'atelier aux groupes de 1^{re}, 3^e et 6^e année, ainsi qu'au secondaire 1, 3 et 5. Les ateliers favorisent les apprentissages pertinents par stade de développement et préparent les élèves à une vie sociale, affective et sexuelle égalitaire. Ce programme a permis de rejoindre plus de 7 000 jeunes entre 5 et 17 ans, dans 20 écoles primaires et cinq écoles secondaires.

Inspiré par cette initiative, le programme de santé scolaire du CIUSSS, en concertation avec les trois commissions scolaires, analysera la possibilité d'étendre ce programme dans les écoles du territoire du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

Les principales réalisations des équipes jeunes en difficulté et santé mentale

- La mise en place du programme Triple P (Pratiques Parentales Positives), en association avec un projet de recherche, a permis de bonifier les services en négligence et l'intervention en lien avec les troubles comportementaux. Coordonné par une intervenante du programme jeunesse, le programme pourra être offert à l'ensemble de la clientèle desservie sur notre territoire. À ce jour, seulement le territoire de la Pointe-de-l'Île était desservi. La clientèle a donc eu accès à des services en continu et de qualité. Un impact significatif au niveau des demandes de services a été constaté et la clientèle a témoigné d'une meilleure prise en charge de leurs difficultés. En 2015-2016, près de 170 personnes ont participé à un groupe de développement des habiletés parentales.
- L'actualisation du programme d'intervention en négligence Alliance s'est poursuivie par le déploiement et l'implantation de l'Initiative AIDES qui bonifie la philosophie d'intervention du programme cadre avec des outils d'évaluation des besoins des enfants tel le cahier d'analyse des besoins des enfants (CABE). Trois premières cohortes d'intervenants ont été formées ce qui représente environ 90 personnes provenant du CIUSSS, des Centres jeunesse et des organismes communautaires des différents territoires.

À la suite de ces formations, des groupes de co-développement ont été mis en place pour soutenir les apprentissages récents, consolider les acquis et permettre de développer nos collaborations à l'interne ainsi qu'avec nos partenaires-réseaux.

- L'harmonisation de l'offre de service dans l'ensemble du territoire.
- La fusion des équipes de 1^{re} ligne et de celle de pédopsychiatrie de 2^e ligne a permis de faciliter l'accès, les services et les communications au sein de ce continuum des services communautaires et hospitaliers.
- La révision des modalités de gestion des urgences pédopsychiatriques pour la population de l'Est de Montréal. La clientèle se présentant à l'urgence de l'HMR, après l'évaluation médicale et sociale, est rapidement dirigée vers l'urgence secondaire. Une intervenante sociale du programme santé mentale jeunesse, présente tous les jours de la semaine, participe activement à l'évaluation et à la liaison vers l'urgence secondaire ou d'autres services pertinents en première ligne afin de faciliter la poursuite des démarches du jeune et de sa famille. Entre septembre et le début mars, 115 jeunes ont été vus à l'urgence de l'HMR, de ce nombre, 25 % des jeunes ont été dirigés vers une autre ressource ou un autre service plutôt que vers l'urgence secondaire ou vers des services pédopsychiatriques. Ce nouvel arrimage des services a permis une meilleure desserte des services aux jeunes et à leur famille.

▪ **Plus de 1200 bénévoles dans nos différentes installations (hébergement, CLSC et hospitaliers).**

▪ **Plus de 345 bénévoles à l'HMR totalisant 49 982 heures dans 38 milieux d'intervention.**

▪ **Plus d'une cinquantaine de bénévoles à l'HSC totalisant 16 000 heures.**

▪ **Plus de 78 bénévoles à l'IUSMM totalisant 1 415 heures.**

Les principales activités de l'équipe de services de réadaptation

Sur le site de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

- Une transformation de la structure générale d'encadrement des professionnels, auparavant par programme-clientèle et maintenant par service, a été complétée. Les locaux de la réadaptation ont été réorganisés pour accueillir un centre d'excellence interdisciplinaire avec l'aide de la Fondation HMR.
- En électrophysiologie, nous avons procédé à la formation de techniciens en électrophysiologie médicale (EPM) en salle d'hémodynamie pour l'assistance à l'installation des défibrillateurs cardiaques, de même qu'en clinique de suivi pour les usagers porteurs de défibrillateurs cardiaques. Il s'agit de belles occasions de développement pour ces professionnels.
- Du côté de l'inhalothérapie, des tables d'anesthésie pour le plateau technique du pavillon Maisonneuve ont été remplacées. Nous avons participé au rehaussement du matériel d'intubation en néonatalogie. Nous avons également créé un protocole et une ordonnance individuelle préformatée (OIP) pour la clientèle de la néonatalogie encadrant l'initiation et le sevrage ventilatoire ainsi que développé de nouvelles pratiques en physiologie respiratoire pour répondre au besoin de la clientèle pédiatrique, et ce, en collaboration avec les pédiatres.

Sur le site de l'Hôpital Santa Cabrini

- Du côté de l'inhalothérapie à l'HSC, sept nouvelles tables d'anesthésie ont été ajoutées au bloc opératoire. Il s'agit d'un investissement considérable qui permet une mise à niveau de nos appareils en anesthésie. Nous avons fait un travail important de révision des fournitures utilisées, en collaboration avec le Service d'approvisionnement, afin d'optimiser nos processus d'achats et de favoriser les appels d'offres groupés.
- En EPM, nous avons accueilli pour la première fois des stagiaires de troisième année. Nous avons mis en place une procédure, en collaboration avec l'HMR, pour les patients en attente d'une échographie cardiaque. Nous permettons ainsi d'optimiser l'utilisation de notre appareil d'échographie cardiaque pour améliorer l'accessibilité à cet examen sur notre territoire.

Les principales activités de l'équipe des services psychosociaux, de première ligne et de bénévolat

- Avec l'arrivée du nouveau cadre de référence pour les GMF, un transfert des ressources professionnelles vers les

GMF pourra s'amorcer d'ici juin 2016 afin de souscrire à une approche interdisciplinaire et à l'obtention de soins le plus complet dans un même milieu, favorisant ainsi l'accès à la population aux médecins de famille. Depuis décembre 2015 que nous travaillons en étroite collaboration avec les 12 GMF du territoire et plusieurs acteurs de l'organisation pour favoriser une transition adéquate des ressources ciblées.

- L'harmonisation de la documentation, du plan de communication et des pratiques du Service des bénévoles est en cours. Un cadre de référence pourra être consulté à la fin de mai 2016 pour recruter, conserver et intégrer, selon leurs intérêts, ces personnes complémentaires à l'offre de services de qualité.

Implantation des pratiques professionnelles

- *Aménagement du Centre d'excellence interdisciplinaire* – Grâce au soutien de la Fondation, le Centre d'excellence interdisciplinaire est aménagé et débutera sous peu ses activités. En cohérence avec le Centre du Savoir, le Centre d'excellence interdisciplinaire vise trois axes d'innovation : le développement de la recherche clinique et des connaissances, le transfert des connaissances sur les pratiques exemplaires et le réseautage des différentes expertises. Ce Centre favorisera la réalisation de notre mission d'enseignement et de recherche.
- *Partenariat de soins et services* – Au-delà d'une approche centrée sur le patient, nous devons maintenant viser des stratégies judicieuses d'implantation du partenariat de soins à tous les niveaux, et ce, à travers l'ensemble du continuum de soins et services. Cette approche se retrouve dans les soins et services directs, dans l'organisation de soins et services et dans la gouvernance. De plus, la conjugaison des expertises cliniques-patients peut s'actualiser dans les trois missions du CIUSSS, soit les soins, l'enseignement et la recherche. Convaincue de l'importance de l'évolution des pratiques ainsi que des gains du partenariat de soins, la Direction des services multidisciplinaires (DSM), volet pratiques professionnelles, collabore avec l'équipe du bureau Partenariat citoyen relevant de la Santé publique afin de soutenir le déploiement et l'application terrain du Partenariat patient. Différentes initiatives et différents projets ont eu lieu lors de la dernière année :

Enseignement et soins et services

- Consolidation de la formation Plan d'interventions interdisciplinaires en coanimation avec un patient ressource.
- Accompagnement des équipes d'amélioration continue (équipe cancer du sein, chirurgie colorectale, clinique de la douleur).
- Collaboration au projet de recherche dans l'équipe cancer du sein.

Gouverne

- Collaboration avec le bureau Partenariat citoyen du CIUSSS sous la gouverne de la Santé publique.
- Implication de patients partenaires dans le comité prévention du suicide.
- Implication d'un patient ressource dans la sélection des postes cadres conseils de la DSM, volet pratiques professionnelles.

Promotion et réseautage

- Participation au transfert de l'expertise pour les autres équipes cancer du sein au niveau provincial.
- Rencontre avec des représentants du Centre santé universitaire de la Belgique.
- Présentation du Centre universitaire de santé McGill.

DIRECTION DES
SERVICES PROFESSIONNELS

Le milieu hospitalier et les mécanismes d'accès

Les principales activités réalisées par les équipes des mécanismes d'accès

Pour la programmation chirurgicale

- La révision du transfert des activités reliées au processus de programmation chirurgicale du Service de l'admission vers le Service du mécanisme d'accès en février 2016.
- Une amélioration considérable au niveau de la gestion de la liste d'attente des chirurgies oncologiques.
- Une révision en cours, en collaboration avec les équipes chirurgicales, afin de vérifier l'intégrité des listes d'attente.

Enjeux :

- Le patient ne doit pas attendre plus de 28 jours pour les chirurgies oncologiques.
- Le patient ne doit pas attendre plus d'un an pour toutes chirurgies.
- Le déploiement de la requête mobile du système d'information pour le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

Pour l'accueil clinique

- Une augmentation significative du nombre de références des médecins de famille pour toutes les conditions cliniques offertes.

Enjeu :

- La fusion des accueils cliniques de l'HSC et de l'HMR. Les trajectoires cliniques élaborées dans les deux sous-services devront être revues par les équipes médicales afin d'offrir une seule trajectoire pour le CIUSSS.

Pour le mécanisme d'accès pédiatrique (MAP)

- L'augmentation significative du nombre de références des médecins de famille pour toutes les conditions cliniques

offertes, principalement pour la pédiatrie générale.

- La mise en place d'une réception centralisée des demandes de consultation pour l'ensemble des services de la clinique externe de pédiatrie.

Pour les rendez-vous en spécialités

- L'amorce d'un processus de révision des listes d'attente pour les nouvelles et les anciennes inscriptions afin de valider l'intégrité des listes.
- L'application des consignes de la circulaire du MSSS.
- L'intégration en cours des listes d'attente en orthopédie de l'HMR et de l'HSC.

Enjeu :

- Le respect des délais tel que prévu par l'accès priorisé aux services spécialisés (APSS).

Pour le centre de répartition des demandes de services (CRDS) de l'Est en imagerie

- L'augmentation croissante du nombre de demandes de service orientées vers le CRDS de l'Est.
- Le décloisonnement de deux dispensateurs, l'HSC et l'Hôpital Jean-Talon.
- L'augmentation de l'offre de service par la disponibilité de plages horaires à certains examens pour les échographies cardiaques et Doppler.

Enjeux :

- Le développement d'un processus unique et entièrement basé sur le même système informatique entre les dispensateurs, les référants et le CRDS en imagerie.
- Le respect des délais cliniques identifiés avec le nombre de plages offertes par les dispensateurs.
- L'uniformisation des processus entre les établissements, notamment l'HMR et l'HSC.

Pour le centre d'appels

Le centre d'appels a sous sa responsabilité la centrale de rendez-vous et le « Renseignement des médecins ».

- La mise en fonction d'une ligne téléphonique unique de type 1-800 donnant ainsi l'accès gratuitement à l'ensemble de la clientèle de l'HMR.
- La participation à un groupe multidisciplinaire de la clinique de la douleur avec la participation d'un patient. Cette démarche a permis d'offrir une meilleure accessibilité à la clientèle, d'améliorer l'offre de services, de créer un outil de travail et un algorithme de prise de décisions, lesquels permettent au commis du centre d'appel de diriger l'utilisateur vers le bon service.
- La mise en place en cours, en collaboration avec le Service de la sécurité, de pagettes vocales afin de répondre plus rapidement à certains codes et de mobiliser les équipes efficacement lors de certaines situations urgentes.

La priorité pour les centres d'appels :

La mise en place d'un système de centralisation des

demandes de service de la clientèle pour le CIUSSS. Cette priorité, faisant partie des orientations ministérielles, exigera l'intégration d'un système de confirmation robotisé.

Les principales activités réalisées par les équipes en milieu hospitalier

Le Département de pharmacie

Le Département de pharmacie a été le premier département clinique à prendre forme au sein de notre CIUSSS. Il compte plus de 200 employés, dont 86 pharmaciens et 110 assistants techniques. Depuis janvier 2016, le Département de pharmacie a déployé un premier organigramme qui témoigne de la volonté de mettre en commun les forces des différents départements de pharmacie afin de répondre de façon transversale aux mandats reçus.

Les principales activités réalisées par l'équipe du volet pharmacie

- La mise en place d'un nouveau système informatique pour la pharmacie dans les installations du territoire d'Hochelaga-Maisonneuve, de Mercier-Ouest et de Rosemont (anciennement le CSSS Lucille-Teasdale).
- La mise en place de soins pharmaceutiques pour la clientèle des soins intensifs de l'HSC.
- Le partage de ressources pharmaceutiques entre l'HMR et l'HSC pour éviter une rupture de service en oncologie à l'HSC.
- Le partage de ressources pharmaceutiques entre l'HMR et l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) pour éviter une rupture de service en psychiatrie à l'HMR.
- Le partage de ressources pharmaceutiques entre les installations du territoire d'Anjou, de Mercier-Est, de Montréal-Est, de Pointe-aux-Trembles et de Rivière-des-Prairies (anciennement le CSSS de la Pointe-de-l'Île) et les installations du territoire de Saint-Léonard et de Saint-Michel (anciennement le CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel) pour soutenir l'équipe de Saint-Léonard et de Saint-Michel.

Les activités périopératoires et chirurgicales

Le regroupement des activités périopératoires et chirurgicales

Le maintien de l'offre de service a été réalisé grâce à l'optimisation de l'utilisation des ressources disponibles, à la révision des priorités opératoires et à la participation active à la gestion des épisodes de soins. À la suite de cette réorganisation, la production opératoire, en général et en oncologie, a été augmentée significativement.

Les priorités pour 2016-2017

L'amélioration des plateaux techniques

- Les rénovations des blocs opératoires.
- L'optimisation de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM), soit la mise à niveau des procédés et processus.

- L'acquisition de matériel et d'instruments suffisants pour assurer la fluidité des programmes.

La mise sur pied du projet de continuité des soins obstétricaux, conjointement avec le programme Mère-Enfant, incluant la formation de personnel et l'établissement de priorités quotidiennes pour les césariennes.

L'amélioration de la fluidité et de l'accessibilité

- La poursuite du déploiement du programme pour une récupération rapide (PURR) avec le soutien de la Direction des soins infirmiers.
- La poursuite de la révision des priorités.
- La révision de la programmation opératoire des blocs (incluant l'IUSMM).
- L'optimisation la disponibilité de lits, conjointement avec le coordonnateur des épisodes de soins.

L'optimisation de l'utilisation des cliniques du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

- La rationalisation de l'accueil clinique.
- L'optimisation de la gestion de rendez-vous et des listes d'attente.
- La révision des horaires, des espaces cliniques externes et de l'utilisation optimale des plateaux chirurgicaux.
- L'amélioration des cheminements cliniques.
- La révision et l'uniformisation du fonctionnement des cliniques d'évaluation préchirurgicales.

L'attraction et la rétention de la main-d'œuvre

- La poursuite des efforts d'embauche et de formation.
- La diminution de la main-d'œuvre indépendante (MOI) au bloc opératoire.
- La formation de personnel dédié à l'ophtalmologie (auto-suffisance pour le programme-clients d'ophtalmologie et l'augmentation proportionnelle de personnel pour les autres secteurs).
- La stabilisation de l'équipe de la salle de réveil.

Le suivi budgétaire

- La révision majeure des fournitures selon la vision du CIUSSS.
- L'optimisation des ressources en place.
- La standardisation des modes de fonctionnement.

La programmation de l'enseignement

- La pérennisation du colloque en soins chirurgicaux.
- La poursuite de la formation du personnel du CIUSSS (formation générale, ophtalmologie et césarienne).
- L'implantation du programme national de formation des infirmières en périopératoire.
- Le développement de l'unité de formation chirurgicale.

L'ophtalmologie

Les principales activités réalisées par l'équipe en ophtalmologie

- La poursuite, à la clinique externe, de la réorganisation du travail afin de diminuer la durée des visites de la clientèle. Les résultats, forts probants, témoignent de l'engagement du CIUSSS à poursuivre l'amélioration des processus d'accès à un rendez-vous, et ce, à l'intérieur d'un délai raisonnable pour la clientèle.
- La désignation, en juin 2015, du Centre universitaire d'ophtalmologie de l'Université de Montréal par le recteur, monsieur Guy Breton, et officialisée le 14 mars 2016 par le ministre de la Santé et des Services sociaux, le D^r Gaétan Barrette, a été la consécration du travail soutenu et acharné des visionnaires des équipes de chercheurs, d'enseignants et de soins et services à la clientèle.

La médecine spécialisée

Le secteur de la médecine a connu une restructuration importante avec la réforme de la santé. 2015 fut une année de mise en place de la nouvelle structure de gouvernance. L'analyse de tous les secteurs et des unités a permis d'obtenir un portrait réel et d'indiquer les actions à mettre en place afin de répondre à la demande des soins et services toujours croissante.

Les deux plus grands défis de la médecine spécialisée pour l'année à venir sont :

- L'arrimage des soins et services des différents établissements; tout en maintenant une offre de services optimale pour sa clientèle.
- L'amélioration de la stratégie d'attraction et rétention de la main-d'œuvre infirmière dans les secteurs spécialisés.

Les principales activités réalisées par les équipes du volet de médecine spécialisée

- **Pour l'unité des soins intensifs de l'HSC**
 - L'ouverture des lits de soins intermédiaires afin de répondre aux besoins grandissants de lits spécialisés. Le taux d'occupation moyen des deux secteurs (intensifs et intermédiaires) a été de 97 %. La durée moyenne de séjour demeure bonne avec 6,16 jours, considérant la moyenne d'âge assez élevé des patients.
- **Pour l'unité des soins intensifs de l'HMR**
 - L'année 2015-2016 a été une année de maintien des activités cliniques spécialisées. Le taux moyen d'occupation a été de 20 lits, et ce, malgré un manque important d'effectifs infirmiers.
 - La révision du programme de formation a permis d'adapter notre formation à la pratique clinique. De plus, ce dernier s'adapte à l'expérience de l'infirmière.

- La mise en place, depuis février 2016, d'un projet d'organisation du travail clinico-administratif. De plus, une révision de tout le programme de formation est prévue afin de permettre de mieux préparer le nouveau personnel au maintien de la qualité des soins.
- 24 lits fonctionnels répartis en 15 lits de soins intensifs et 9 lits d'unité coronarienne. Beaucoup de formations de nouveau personnel ont été réalisées.

- **Pour les cliniques ambulatoires de l'HMR**

- La mise en place du «Projet vitrine» du secteur de l'endoscopie (Programme québécois de dépistage du cancer colorectal). Ce projet a permis la mise aux normes des processus cliniques et demeure notre principal défi : assurer l'accessibilité requise pour l'état de santé de notre clientèle tout en maintenant une performance souhaitée.
- L'élaboration d'une fiche projet et d'un plan d'action concernant les problématiques cliniques et organisationnelles rendue possible grâce à l'étude de la firme Raymond Chabot Grant Thornton.

- **Pour les cliniques ambulatoires de l'HSC**

- L'acquisition d'un tomographe et l'ajout de quatre nouvelles salles d'ophtalmologie en cliniques externes.
- La révision de la répartition des cliniques et des plages horaires médicales pour la chirurgie. Actuellement, chaque chirurgie a une plage horaire dédiée.
- L'arrivée de deux nouveaux gastro-entérologues et l'augmentation des plages horaires en médecine interne n'ont pas permis de maintenir la volumétrie de 2014-2015. On note une diminution de 5 % (données P12, extrapole P13) de la volumétrie par rapport à 2014-2015. Aucune utilisation de MOI pour ce secteur.

- **Pour le Centre de jour de diabète de l'HSC**

- En raison d'une baisse de volumétrie de 10 % et sans ajout d'heures de personnel infirmier et administratif nous n'avons pu absorber l'arrivée d'un 2^e endocrinologue. Par contre, le temps supplémentaire a quintuplé par rapport à l'année précédente. La ressource infirmière unique et le peu de relève expliquent ce phénomène.

- **Pour la médecine de jour de l'HSC**

- Selon les données statistiques, nous remarquons une baisse de 20 % du nombre de patients avec une baisse de 6 % seulement de jour-soins. Ces données mettent en évidence une augmentation importante de l'acuité des soins qui sont prodigués dans ce secteur.

- **Pour l'endoscopie de l'HSC**

- La révision du programme de formation d'endoscopies d'urgence pour les infirmières de soins intensifs.
- La formation de 3 jours pour 12 infirmières sur les trois quarts de travail. Un registre permet de maintenir et d'évaluer la mise à jour des compétences requises. Les préposés aux bénéficiaires (PAB) de nuit aux soins intensifs ont reçu la formation nécessaire et assument le

retraitement des dispositifs médicaux. De plus, une mise à jour des processus de retraitement a été faite pour les PAB de la stérilisation.

- Le renouvellement d'équipement a été fait en janvier 2016. La réception d'appareils de retraitement pour la mise en place de cet équipement est en attente. Le projet ministériel Programme québécois de dépistage de cancer colorectal (PQDCCR) aura un impact majeur pour ce secteur.

La cancérologie

L'oncologie est l'un des axes d'excellence de notre CIUSSS. Les forces vives du programme de cancérologie sont multiples. Le bassin de population desservi est très large, la population du territoire est vieillissante et la demande pour des soins oncologiques est sans cesse en croissance. Par ailleurs, ce domaine étant à la fine pointe dans notre CIUSSS, les demandes de traitement des patients provenant de l'extérieur du territoire de notre CIUSSS mobilisent beaucoup de ressources humaines et financières.

L'arrimage entre les installations du CIUSSS œuvrant en cancérologie représente un autre enjeu. Les équipes des différents centres travaillent en silo depuis de nombreuses années. Depuis la création du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, nous comptons une seule et grande équipe. Plusieurs opportunités s'offrent à nous cependant, une phase d'adaptation est nécessaire afin de permettre l'optimisation des ressources ainsi que l'harmonisation des pratiques.

Le haut niveau d'expertise des intervenants ainsi que la pratique suprarégionale dans des domaines tels que la greffe de cellules souches hématopoïétiques, l'hématologie maligne, le traitement de la carcinomatose et des sarcomes témoignent de l'engagement de chacun au fil des ans. Dans la dernière année, les équipes en cancer du poumon et de l'œsophage ont été reconnues comme centre affilié par la Direction générale de la cancérologie (DGC). Ces reconnaissances s'ajoutent à celles déjà existantes pour les cancers du sein et colorectal.

D'ailleurs, l'équipe cancer du sein s'est vu décerner un prix d'excellence dans la catégorie « Implication des personnes touchées par le cancer » pour « l'intégration des patients partenaires aux classes de préchirurgie du sein » par la Direction générale de cancérologie du MSSS.

Le Dr Guy Sauvageau a reçu le Prix Léo-Pariseau par l'Association francophone pour le savoir (ACFAS). Ce prix souligne le travail d'une personne travaillant dans le domaine des sciences biologiques ou des sciences de la santé.

Les prix de l'ACFAS célèbrent les chercheurs qui ont su se démarquer pendant toute leur carrière et qui ont eu un impact considérable tant sur leur domaine de recherche que sur le rayonnement du savoir d'ici à travers le monde. En ce sens, ces derniers constituent, avec les Prix du Québec, une des plus hautes distinctions scientifiques pour la communauté québécoise.

La biologie médicale

La création du CIUSSS a modifié la structure de notre programme qui regroupe dorénavant les laboratoires et les centres de prélèvements de l'HMR, de l'HSC et de l'IUSMM. De façon à ce que le processus de production des analyses de laboratoire soit complet du prélèvement à la transmission des résultats, nous partageons la gestion des centres de prélèvements des huit CLSC de notre territoire avec la première ligne et les mécanismes d'accès. L'équipe de gestionnaires du programme s'est enrichie des cadres en poste à l'HSC et à l'IUSMM.

Les chantiers en lien avec l'amélioration de la qualité et des performances se sont poursuivis en conformité avec les orientations données par OPTILAB faisant partie du plan ministériel de réorganisation des laboratoires du Québec. Ce plan a changé, en septembre 2015, de façon drastique à la suite des directives données par le ministre de la Santé et des Services sociaux. L'HMR est passé du statut de centre serveur à celui de centre associé dans la grappe du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, soit une des deux grappes de Montréal avec celle du Centre universitaire de santé McGill. Le nouveau plan prévoit que les laboratoires de l'HMR demeurent importants au niveau de la microbiologie, de la pathologie et du diagnostic moléculaire. Toutefois, toutes les analyses automatisables et non requises par notre clientèle hospitalisée de l'urgence et d'une partie de nos cliniques externes seront transférées dans l'un des deux grands centres désignés. L'impact est la perte d'environ 50 % des volumes dans les secteurs de la biochimie, de la sérologie et de l'hématologie. Les nouvelles directives devraient s'opérationnaliser graduellement après la mise en place dans les deux prochaines années de systèmes informatiques compatibles et d'un système de transport adéquat.

Les principales activités réalisées par l'équipe en biologie médicale

- Le changement de système informatique de laboratoire (SIL) pour les laboratoires de biochimie-hématologie-diagnostic moléculaire-thérapie cellulaire. À la demande de la direction, le projet qui devait prendre un an a été réalisé en moins de six mois grâce à une équipe de projet hors du commun. Le SIL est maintenant harmonisé avec celui du département de microbiologie, qui lui a subi un rehaussement important. Ce changement permet des économies d'échelle et une plus grande efficacité des processus. De plus, cela a permis d'uniformiser notre SIL avec celui des laboratoires de l'HSC, ce qui ouvre la porte à une fusion des systèmes pouvant engendrer encore plus d'économies.
- Le déploiement des premiers modules du nouveau système de gestion de la qualité, soit la gestion documentaire et un nouveau guide de prélèvements.
- L'implantation d'un module de numérisation des requêtes et des résultats externes qui évitent d'archiver ces documents sous format papier pour de longues périodes et en facilitent l'accès.

- L'optimisation du secteur de la réception centrale des laboratoires afin d'accueillir plus de spécimens et l'amélioration des temps de réponses au niveau pré-analytique.
- Le transfert à l'HMR des analyses en provenance des CLSC et des centres d'hébergement qui étaient envoyées à l'HSC.
- Le développement, par le Département de biochimie, d'indicateurs de qualité et de performances qui seront déployés dans les autres départements et secteurs afin d'aider à cibler les chantiers permettant de faire des améliorations en action et de demeurer un joueur incontournable.
- L'autorisation de Santé Canada pour la réalisation de quatre nouveaux essais cliniques de phase I ou II au Centre d'excellence en thérapie cellulaire (CETC).
- Les nombreux changements technologiques mis en place dans l'optique d'améliorer l'offre de service pour le bénéfice des patients.

L'imagerie médicale

Les principales activités réalisées par l'équipe en imagerie médicale

- Le maintien des activités dans chacun des établissements sans changement dans l'organisation de travail.
- La mise en place d'un nouveau cadre en radiologie de l'HMR et un nouveau cadre en médecine nucléaire pour l'HMR et l'HSC. Le nouveau cadre pour l'HSC en radiologie et la communauté sera en poste dès la fin juin 2016.
- En lien avec l'agrandissement de l'urgence, le service de la radiologie au pavillon Marcel-Lamoureux a subi des transformations quant à son offre de service. Une nouvelle salle d'examen a été ouverte au pavillon Maisonneuve pour la prestation des examens en graphie générale pour la clientèle hospitalisée. Cette salle est aussi utilisée afin d'améliorer l'accès pour les interventions mineures (biopsies, drainages).

Les principales modifications apportées dans les services offerts à la clientèle en milieu hospitalier

Une révision complète des activités du renseignement des médecins a été réalisée afin de moderniser l'approche pour l'offre de services, ce qui a permis d'évaluer la mise à jour d'un nouvel outil de travail, soit le rehaussement d'un logiciel informatique et la mise en place d'un nouvel outil de communication. Dans un deuxième temps, un réaménagement du local a été effectué afin de rehausser la qualité de vie des employés.

Les priorités pour 2016-2017

La prochaine année sera charnière pour la coordination des activités avec la nomination prochaine du chef médical pour le programme transversal en imagerie médicale au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et une concertation doit avoir lieu afin d'obtenir une lecture régionale de la production d'examens et des différents plateaux techniques dans les cinq établissements afin d'optimiser les ressources et diminuer les listes d'attente sur notre territoire.

La communauté

Le volet communautaire de la Direction des services professionnels contribue à soutenir le développement et la coordination de la pratique médicale en CLSC, en hébergement, en GMF et clinique-réseau ainsi que dans toutes les autres cliniques médicales du territoire. Au cours de l'année 2015-2016, le volet communautaire de la Direction des services professionnels du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal a consacré des efforts considérables pour renforcer, mobiliser et intégrer sa première ligne médicale. Ces efforts se sont actualisés par trois moyens principaux : l'intensification des partenariats avec les services programmes et autres directions à l'intérieur du CIUSSS (notamment les programmes de santé publique, santé mentale, SAPA, recherche, jeunesse, soins infirmiers et services multidisciplinaires, mécanismes d'accès et spécialités médicales), l'élargissement des travaux de la Table de coordination des services médicaux de première ligne à tous les GMF, aux cliniques-réseau et cliniques médicales du territoire dans le but de la consolider comme structure de soutien, de coordination, de réseautage et de gouvernance partagée public-privé, l'élargissement des travaux de la Table des chefs en CLSC aux huit CLSC du territoire et l'identification d'un médecin chef de médecine pour les CLSC qui n'en avaient pas.

Plusieurs réalisations d'importance comptent à l'actif des équipes du volet communautaire

- L'apport d'un soutien intense et coordonné sur une période de quatre mois aux 11 GMF qui devaient adhérer pour le 1^{er} avril 2016 au nouveau Programme de soutien et de financement des ressources professionnelles aux GMF du MSSS. Ces 11 GMF ont obtenu leur adhésion. Le 12^e GMF de notre CIUSSS dispose de la possibilité d'adhérer au nouveau programme jusqu'en juin 2017. Ceux qui n'avaient pas de dossier médical électronique (DMÉ) ont reçu un haut niveau de soutien pour en acquérir un avec leur adhésion au Programme québécois d'adoption d'un dossier médical électronique (PQADMÉ). Plusieurs formations et rencontres débutées en avril 2015 avec tous les médecins du territoire ont permis à chaque GMF d'acquiescer et de planifier l'intégration d'un DMÉ. La réalisation du « Guide d'accompagnement au choix et à l'intégration d'un DMÉ » a été importante. Le guide a été distribué au MSSS, aux Tables locales du Département régional de médecine générale (DRMG) de Montréal et à plusieurs médecins et cliniques médicales du Québec. Un soutien à l'informatisation est aussi apporté à toute clinique médicale non GMF dont les médecins souhaitent adhérer au Dossier santé Québec (DSQ), au PQADMÉ, faire le choix d'un DMÉ pour leur pratique et pour adhérer au programme GMF.
- Le soutien de nouveaux milieux GMF pour les accompagner dans le processus d'adhésion au nouveau programme GMF.
- La participation à la réalisation d'un appel d'offres pour l'acquisition d'un DMÉ dans les deux GMF publics du CIUSSS (le CLSC de Mercier-Est-Anjou et l'UMF Maisonneuve-Rosemont).

- La préparation pour l'intégration des professionnels en GMF depuis novembre 2015, en cogestion avec la Direction des services multidisciplinaires: sondages auprès de médecins et de professionnels présentations, cogestion de comités, développement de plans d'actions et d'outils de référence.
- La reconduite des ententes P4-P5 avec des bonifications permettant à l'HSC et de l'HMR de diriger dans quatre cliniques de notre territoire en intégrant la référence de patients provenant des soins courants des CLSC, des soins à domicile et du projet « Maillage ».
- La présentation du nouveau programme GMF-R à tous les médecins et gestionnaires intéressés par ce programme. Nous avons recueilli leurs commentaires pour une transmission au MSSS afin de rendre le programme plus acceptable.
- La reconduction des ententes Cliniques-réseau pour nos huit cliniques ayant cette désignation.
- La participation active aux travaux d'harmonisation des services du Guichet d'accès à la clientèle orpheline (GACO) et aux travaux d'intégration du logiciel Guichet d'accès aux médecins de famille (GAMF).
- La participation active au développement de plateaux de stage en GMF et en CLSC pour des infirmières praticiennes spécialisées en soins de 1^{re} ligne (IPSPL) ainsi que l'intégration des IPSPL sur le territoire par l'identification de médecins partenaires.
- La participation active aux travaux de développement d'un soutien médical pour les soins de proximité aux personnes toxicomanes et prostitués du secteur Hochelaga en collaboration avec la Direction de la santé publique.
- Le développement d'outils pour connaître et diffuser toute l'offre de service médicale et de plateaux techniques disponibles sur le territoire.
- Les activités de recrutement médical sont d'une importance primordiale pour le renforcement de la première ligne et pour la création d'une communauté de pratique dynamique. Une des premières activités impliquant toute la communauté médicale du CIUSSS a été la Journée carrière du 5 octobre 2015 au Palais des congrès de Montréal. Cette initiative de recrutement (principalement des médecins de famille, mais aussi des médecins en spécialité) a vu la participation de plus de vingt médecins déjà en pratique de tous les volets de la communauté. Plus de 20 médecins de famille ont par conséquent été recrutés pour des Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) pour le territoire du CIUSSS. Au moins 14 y débiteront leur pratique à l'automne 2016. L'harmonisation des stratégies de recrutement des médecins de famille pour tout le territoire du CIUSSS est en cours (détermination des besoins prioritaires pour l'ensemble du territoire par DRMG local, accompagnement des candidats dans les cliniques, facilitation des rencontres des candidats avec les médecins déjà en pratique, amélioration du site de recrutement sur l'Internet du CIUSSS, soutien aux candidats dans leurs démarches de présentation des dossiers aux DRMG et lors de l'accueil et l'intégration en pratique).
- L'organisation de plusieurs formations par la Table de coordination effectuées pour l'ensemble des médecins du territoire ainsi que pour les nouveaux médecins facturants ou candidats médicaux:
 - le **14 octobre 2015**: présentation de la Table de coordination comme outil stratégique de coordination de la première ligne médicale dans une conférence intitulée « Coordonner dans le réseau pour mieux intégrer: une avenue essentielle! », lors de la Journée de gestion organisée par les médecins francophones du Canada, et participation à l'animation d'une session de groupe sur la cogestion clinico-administrative.
 - **12, 13, 14 et 15 octobre 2015**: présentation de deux affiches au Congrès de médecine des médecins francophones du Canada: « Un pharmacien en communauté; une présence en GMF nécessaire » et « Un atout stratégique: Table de coordination des services médicaux »;
 - le **21 octobre 2015**: le premier colloque de la Table de coordination avec 80 participants dont plus de 45 médecins de la communauté;
 - le **20 novembre 2015**: conférence sur les maladies cognitives et leur évaluation;
 - le **23 février 2016**: la facturation médicale;
 - l'organisation du deuxième colloque de la Table de coordination du **14 avril 2016**: une journée complète, accréditée pour les médecins par l'Université de Montréal au sujet du traitement et suivi de la personne âgée.
- L'intégration de médecins spécialistes en rhumatologie de l'HMR au CLSC de Mercier-Est—Anjou. Les cliniques en rhumatologie débiteront le 6 juillet 2016.
- La poursuite des deux projets cliniques de la Table de coordination qui ont vu l'intégration depuis juin 2015 de deux nutritionnistes et d'une physiothérapeute dans six GMF du territoire. La collaboration avec le Bureau d'évaluation de l'expérience patient du CIUSSS (BEEP) a permis l'évaluation de la satisfaction des usagers pour ces deux projets cliniques en GMF. Les nutritionnistes ont participé au développement du guide alimentaire canadien-haïtien en collaboration avec la Direction de santé publique du CIUSSS. Elles ont aussi intégré un stagiaire de McGill de 3^e année (nutrition) pour la première fois en GMF. La prise en charge à domicile et en CLSC a été réalisée pour des patients de plus de 65 ans, suivis en GMF et dépistés par la physiothérapeute du projet DÉPHY pour des problématiques musculo-squelettiques et des risques de chutes.
- La formation des externes en médecine en CLSC et en GMF.
- L'intégration de l'échographie à distance en collaboration avec l'HMR et la réalisation d'une publication « Protocoles pour la pratique autonome (échographie abdomino-pelvienne) » au CLSC de Pointe-aux-Trembles—Montréal-Est.
- Le développement d'un guide sur la numérisation des dossiers cliniques qui sortira en été 2016.

L'ACCUEIL CLINIQUE ET LES MÉCANISMES D'ACCÈS

Les principales activités réalisées par les équipes de l'accueil clinique et des mécanismes d'accès

Pour les archives - secteur hospitalier

- La première réalisation pour le volet hospitalier touche principalement l'IUSMM. Devant un constat de sous efficacité, un retard important au niveau de la prise en charge des demandes d'accès de la codification des dossiers médicaux et le dépassement des heures allouées au budget, il devenait impératif de remédier à la situation. Grâce à la mobilisation des équipes et à la réalisation d'un plan d'action permettant l'optimisation des services offerts, l'amélioration des procédures et l'abolition de neuf postes équivalents à temps complet (ETC) en surcroît non budgétés ont pu être réalisées.

Ces actions ont notamment permis :

- L'amélioration des délais de numérisation.
- La récupération des demandes d'accès et une meilleure fluidité des demandes sur les unités de soins : récupération du retard en cours de résolution.
- L'arrêt de photocopie et l'acheminement des documents disponibles dans le Dossier clinique informatisé (DCI).
- L'optimisation de la codification des dossiers médicaux.

Au-delà des gains financiers et d'efficacité au niveau des activités, la crédibilité et la relation de confiance avec les autres secteurs se sont vu bonifiées. Il est maintenant possible de voir de belles réalisations collaboratives, tant avec le personnel des archives médicales qu'avec les partenaires.

- La seconde réalisation porte sur l'implantation de la numérisation ainsi que du Gestionnaire de dossiers électroniques (GDE) en mode dynamique dans certains secteurs de l'établissement, dont principalement à l'HMR. Dans un contexte où l'informatisation des notes médicales devient incontournable, pour assurer le suivi clinique auprès des patients, l'implantation de GDE, avec le projet DCI, permet de comprendre la réalité des équipes soignantes dans un secteur donné, comme le programme d'oncologie ainsi que de comprendre la trajectoire du patient et des équipes prodiguant les soins. Avec la collaboration de l'équipe de création GDE, l'équipe eRendez-vous (eRV) et l'équipe DCI, il est possible de bâtir des formulaires dynamiques sur mesure selon les intervenants qui gravitent auprès du patient, d'automatiser les échanges d'informations entre les intervenants et de faciliter la gestion administrative des rendez-vous. Ce travail requiert l'analyse et la compréhension des besoins du secteur et la création de formulaires et d'horaires de travail dans eRV par l'équipe des archives. Le GDE dynamique compte plus de 150 utilisateurs et facilite le suivi de nombreux patients dans l'établissement puisque les informations

qui y sont saisies sont en tout temps disponibles aux utilisateurs ainsi que par le DCI, tout en étant classées au dossier papier de l'utilisateur, pour l'instant.

Ce travail permet aussi l'interrogation des données saisies dans GDE, à partir d'un entrepôt de recherche, et la retranscription des données d'une visite à l'autre, permettant plus de temps auprès du patient. Avec soutien et accompagnement, les utilisateurs alimentent automatiquement le dossier de l'utilisateur. Le Service des archives a ainsi permis l'optimisation de processus. L'utilisation de GDE dynamique fait par ailleurs partie des recommandations du Kaizen du programme d'oncologie demandé par la Direction générale du CIUSSS.

Pour les archives - secteur communautaire

Dans un contexte où la disponibilité des informations médicales est requise pour optimiser les soins, la révision des processus dans deux centres de numérisation a eu un impact important sur la disponibilité des documents au dossier de l'utilisateur puisque l'ensemble des documents reçus sont numérisés et qualifiés dans les 24 heures. Le regroupement du personnel des deux autres centres de numérisation a permis d'assurer une couverture minimale du service particulièrement en situation de pénurie de personnel.

Dans le cadre des trajectoires optimales, l'équipe des archives a permis d'identifier et de mettre en place des solutions novatrices qui ont rendu possible le travail des intervenants qui, dès lors, ont été en mesure d'accéder à distance au dossier de l'utilisateur dans toutes les installations.

L'équipe a participé activement à la recherche de solutions qui permettent l'harmonisation des sous-programmes statistiques qui sont utilisés par les intervenants des CLSC de façon à simplifier leur travail, à améliorer la qualité des données et à permettre un meilleur suivi des listes d'attente.

Ces actions ont notamment permis :

- **Pour les installations du territoire de Saint-Léonard et de Saint-Michel (anciennement le CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel) :**
 - La relocalisation du centre de numérisation et des archivistes du CLSC de Saint-Michel vers le CLSC de Saint-Léonard.
 - Le déploiement du plan thérapeutique infirmier eClinibase qui a permis d'arrêter l'impression systématique à chaque visite.
- **Pour les installations du territoire d'Hochelaga-Maisonneuve, de Mercier-Ouest et de Rosemont (anciennement le CSSS Lucille-Teasdale) :**
 - La révision des processus de numérisation qui a permis à 90 % de numériser et qualifier les documents dans la journée. Enfin, le rattrapage graduel des journées non qualifiées en cours.

▪ **Pour les installations du territoire d'Anjou, de Mercier-Est, de Montréal-Est, de Pointe-aux-Trembles et de Rivière-des-Prairies (anciennement le CSSS de la Pointe-de-l'Île):**

- L'implantation du projet Kaizen au centre de numérisation a permis de revoir les modes de fonctionnement et d'implanter des cellules de travail. Tout au long de l'année, 99 % des documents sont numérisés et qualifiés le jour même : soit une moyenne de plus de 5100 images par jour et une augmentation de 5 % par rapport à l'année dernière.
- La prise en charge par le centre de numérisation de la gestion des dossiers incomplets en hébergement.
- L'épuration des dossiers d'hébergement antérieurs à 2010.
- La numérisation des documents d'hébergement à conservation permanente (antérieur jusqu'à 2015 qui est en cours).

▪ **Pour le CIUSSS :**

- La mise en place d'un processus relatif à l'harmonisation des sous-programmes établi et accepté par le comité qualité des données et l'enclenchement des travaux d'harmonisation des sous-programmes pour la déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme (DITSA). La participation active à la visite ministérielle pour l'analyse de la trajectoire de la DITSA.
- La participation active à la conception et à la mise en place des processus permettant les accès intersites au dossier de l'utilisateur nécessaire pour le projet de trajectoire optimale des grands consommateurs et gestionnaires de cas.
- La participation active à l'élaboration des processus d'archives en lien avec la relocalisation des soins post-aigus au Centre d'hébergement Jeanne-Le Ber.

DIRECTION
DES SOINS INFIRMIERS

Les principales activités de l'équipe du volet opération

- Pour les services de première ligne et de soutien à domicile spécialisés

Au sein de la coordination des services de première ligne et de soutien à domicile spécialisés, de nombreux projets cliniques ont eu lieu au cours de la dernière année visant la réorganisation des services courants et le développement de corridors de services avec les cliniques du territoire. De ces projets, le projet de vaccination en tandem infirmière-infirmière auxiliaire et la révision des pratiques cliniques pour la prise en charge des suivis de vitamine B12 ont été réalisés dans le but d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des services offerts à la clientèle.

- Pour la trajectoire optimale et liaison

Dans l'optique d'améliorer la trajectoire des clientèles en santé physique et particulièrement la prise en charge des clientèles présentant des problèmes de santé complexes afin de diminuer le recours aux services d'urgence, les équipes de la trajectoire optimale et liaison ont bonifié et repositionné certaines initiatives. C'est dans cette perspective que le programme Maillage a fait l'objet d'une attention particulière et que l'équipe de gestionnaires de cas complexes s'est développée et est passée de trois à six infirmières. Le processus de repérage des utilisateurs fréquents de l'urgence et les pratiques de prise en charge ont été améliorés, et ce, en partenariat étroit avec les équipes de première ligne afin de développer des plans de services individualisés pour chacun des patients et favoriser le développement d'une offre de service plus adaptée à leur situation de santé complexe.

D'octobre 2015 à mars 2016, le programme Maillage a permis la prise en charge intensive de 320 clients et a contribué significativement à la réduction des visites à l'urgence pour ces patients. Par ailleurs, l'équipe Maillage permet aussi de générer une réflexion systémique sur les problématiques d'accès aux services de première et de deuxième ligne sur le territoire et d'identifier des pistes d'amélioration concrètes qui permettent une amélioration en action des trajectoires de services à la population.

- Pour les épisodes de soins d'urgence

L'urgence a reçu 124 000 visites au cours de l'année, soit 52 000 à l'HSC et 72 000 à l'HMR. Les efforts ont été maintenus afin d'améliorer la qualité des soins et l'accessibilité aux services et d'en diminuer la durée moyenne de séjour des patients ambulants et sur civières. En ce sens, l'urgence a fait l'objet d'une priorité organisationnelle et l'ensemble des directions ont uni leurs efforts afin de développer des initiatives structurantes, et ce, dans l'optique de mieux desservir la population de l'est de Montréal.

De plus, la nouvelle salle d'urgence de l'HMR a été inaugurée en janvier 2016 et le déménagement a eu lieu le 30 janvier 2016. La mise en œuvre de la nouvelle salle d'urgence a nécessité de vastes préparatifs clinico-administratifs et l'implication de nombreux acteurs. La dernière phase des travaux est en cours.

- Pour les épisodes de soins en médecine et chirurgie

La Direction des soins infirmiers, au sein de ses coordinations d'épisodes de soins de médecine et chirurgie, a concentré ses efforts pour actualiser la vision selon laquelle l'hospitalisation est un circuit d'exception à durée limitée dans le temps. Dans cette perspective, des processus d'amélioration continue ont été déployés afin d'assurer une meilleure coordination des équipes et des différents

professionnels, et ce, dans l'optique d'améliorer la réponse aux besoins des patients, de réduire la durée moyenne de séjour de la clientèle hospitalisée en médecine et chirurgie, et réduire les risques de l'hospitalisation sur la clientèle.

En ce sens, des rencontres quotidiennes ont été mises en place, et ce, de concert avec les différentes directions. Tous les efforts de l'équipe interdisciplinaire sont orientés afin d'offrir les meilleurs soins de manière à favoriser un prompt retour à domicile, ou encore, une poursuite des soins dans un milieu clinique adapté à la condition et aux besoins de chaque personne ayant été hospitalisée.

L'intégration et l'harmonisation des soins de courte durée (médecine et chirurgie), de l'HMR et de l'HSC, en arrimage avec les soins de première ligne, sont des éléments majeurs sur lesquels tous les professionnels se concentrent afin d'améliorer les résultats de soins pour la population.

Les principales activités de l'équipe du volet des pratiques professionnelles et de l'excellence en soins infirmiers

- La mise en place, au cours de la dernière année, d'une structure permettant de répondre à notre mission transversale qui vise la qualité, la sécurité et l'excellence des soins et services à la population par le maintien et le développement des pratiques professionnelles, basés sur les pratiques exemplaires.
- L'élaboration d'une offre de services transitoire pour garantir un soutien clinique à l'ensemble des secteurs, assurant ainsi une gouvernance forte en soins infirmiers mettant en valeur le leadership infirmier, l'innovation, la création et l'intégration des savoirs ainsi que le rayonnement. Le développement du Centre d'excellence en soins infirmiers, gardien de la vie scientifique de notre direction, se poursuit et demeure un levier incontournable pour l'atteinte de nos objectifs.
- Suivant l'entrée en vigueur du règlement permettant à certaines infirmières de prescrire des laboratoires et des médicaments pour certaines situations cliniques et domaines précis, un plan de déploiement est en cours pour encadrer cette pratique novatrice dans une perspective valorisant l'acte infirmier, l'accessibilité et la continuité des soins et services.

Finalement, depuis décembre 2015, un comité stratégique interdirections travaille au développement d'un modèle novateur pour l'utilisation optimale de nos ressources humaines, notamment en lien avec l'utilisation des équipes volantes (plus de 1 000 postes à travers le CIUSSS). Plusieurs étapes ont été franchies, ces travaux se poursuivent.

Les directions administratives

DIRECTION DE LA LOGISTIQUE

Les principales réalisations de l'équipe de la Logistique

- La mise sur pied de la Direction de la logistique en créant de nouveaux services, notamment les secteurs stationnement, transport et le déploiement de nouveaux processus pour le transport de patients.
- La mise en commun de besoins et ressources a permis de procéder au regroupement de contrats de biens et services qui a généré des économies de plus de 1 M\$.
- La poursuite de l'amélioration du Service de réapprovisionnement en déployant les services de tableaux *Radio Frequency Identification Device* (RFID) et doubles casiers dans la nouvelle urgence de l'HMR et dans certaines unités de soins à l'HSC.

Les nouveaux enjeux et les priorités

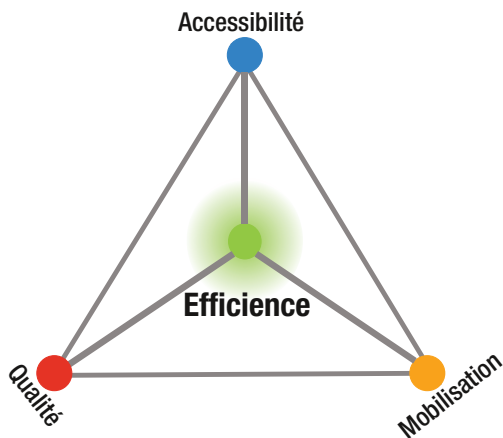
- La gestion de plusieurs chantiers d'optimisation et organisationnels en 2016-2017. Nous allons regrouper différents secteurs d'activités, comme la reprographie et le traitement du courrier. Nous comptons également regrouper les besoins d'entreposage des centres d'hébergement au centre de distribution de l'IUSMM.
- La poursuite des travaux d'optimisation des fournitures médicales dans les deux hôpitaux.
- Le début des travaux pour la mise sur pied d'un Service de brancarderie à l'HMR et l'HSC afin d'aider les unités de soins et les secteurs diagnostics à être plus efficaces et à offrir de meilleurs soins aux patients.

DIRECTION DE LA QUALITÉ, DE LA PERFORMANCE ET DE L'ÉTHIQUE

Les principales réalisations de l'équipe du programme développement et services spécialisés

- Le développement du **modèle de la performance** pour l'organisation. Ce modèle de performance rallie les préoccupations de performance du point de vue des individus, de la population, de la société et du personnel. Il intègre les indicateurs en lien avec la qualité des soins et des services (qualité, efficacité des soins, sécurité et continuité), l'accessibilité (accessibilité et équité d'accès), l'efficience (efficience et viabilité) et la mobilisation du personnel (satisfaction et rétention). De plus, ce modèle de performance est en concordance avec les principes directeurs du CIUSSS.

Par ailleurs, l'application du modèle de performance permet de s'assurer que les priorités organisationnelles sont en adéquation avec ces grands alignements stratégiques. Ce modèle a également permis de développer une compréhension commune et partagée de ce qu'est la performance au sein d'une organisation de santé comme la nôtre.



Il a été présenté à diverses instances, notamment au comité de direction, au comité de coordination, au comité de vigilance et de la qualité et au carrefour des cadres.

- L'élaboration du **code d'éthique**, lequel convie toutes les personnes qui œuvrent au sein de notre organisation à partager des valeurs communes. Ce document essentiel formalise l'engagement de ces personnes à concrétiser ces valeurs au quotidien, dans une perspective de qualité, de continuité et de sécurité des soins et des services. Ce code d'éthique inclut les droits des usagers en soins de fin de vie.

Notre code d'éthique définit les :

- principes éthiques du CIUSSS;
- droits des personnes qui reçoivent des soins et services;
- responsabilités des personnes qui reçoivent des soins et services;
- pratiques attendues de tout employé, stagiaire et toute personne qui, en vertu d'un contrat de service, dispensent pour le compte de l'établissement des services et des soins aux personnes;
- ressources et les recours disponibles.

Ainsi, notre établissement s'engage, avec ses patients et partenaires, à contribuer activement à ce que la population desservie, les communautés et chaque citoyen bénéficient de conditions favorables, de services et de soins de santé de qualité ainsi que d'une confiance en leurs capacités. Ce qui permet à chacun de naître, de grandir, de vivre et de s'épanouir au sein d'une collectivité solidaire.

- L'actualisation d'un premier **cycle d'identification et de mise en œuvre des projets organisationnels** visant l'atteinte d'objectifs appuyés sur notre modèle de la per-

formance en santé. Des ateliers de travail ont eu lieu réunissant les porteurs, chargés de projets et partenaires des projets ciblés menant à la définition de projets organisationnels. Tous les projets tiennent compte du modèle de performance (l'accessibilité, la qualité, l'efficacité et la mobilisation du personnel).

La mise en commun des projets organisationnels et le suivi régulier de ces projets permettent de s'assurer que l'ensemble des projets au sein du CIUSSS soit en concordance avec nos engagements. En effet, l'état d'avancement des projets organisationnels sera notamment suivi de façon stratégique et tactique, lors de l'animation des salles de pilotage de l'établissement. En outre, cette mise en commun permettra de développer une compréhension commune et partagée des projets organisationnels et de faire un bilan des innovations réalisés au sein du CIUSSS.

Les enjeux et les priorités

- La priorité 2015-2016 de la direction a été la création de nouvelles équipes de travail ainsi que la définition et l'actualisation de nos différentes offres de services : performance organisationnelle et bureau de projets, infocentre, gestion documentaire, bureau de l'évaluation de l'expérience patient, qualité, gestion des risques, éthique clinique et la sécurité de l'information.
- Une structure matricielle a été mise sur pied afin de favoriser l'appropriation de nos offres de services par toutes les directions de l'établissement. Pour ce faire, un conseiller-cadre a été désigné comme accompagnateur et représentant DQÉPÉ auprès de chacune des directions.
- La standardisation des politiques, procédures et outils de travail associés à la mise en place de chacune de nos offres de services. Enfin, une attention particulière a été portée à l'intégration de nos offres de services afin de susciter de meilleurs arrimages entre les différents services de la DQÉPÉ.

DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES

À la suite de la création du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, la Direction générale adjointe finances, soutien, administration et performance a procédé à une révision des mécanismes d'attribution des ressources au niveau des enveloppes mobilières, immobilières et informationnelles afin d'unifier et permettre l'utilisation optimale et garantir une attribution concertée de ces ressources. La mise en place d'un processus commun pour l'ensemble des demandes a permis d'avoir une vue globale des besoins organisationnels, tout en limitant le nombre de portes d'entrée (guichet unique) des demandes, pour ainsi favoriser une meilleure analyse des impacts collatéraux avant la priorisation des demandes.

Les directions du CIUSSS ont grandement collaboré aux différents comités mis en place ainsi qu'à la tenue d'un atelier Kaizen. Les comités mis en place sont :

- analyse technique des demandes;
- priorisation;
- implantation – attribution des ressources matérielles et informationnelles;
- guichet unique.

Les processus transitoires pour la planification 2016-2017 sont présentement en application et nous prévoyons des processus complets pour les années à venir. À ce jour, le guichet unique a enregistré 564 demandes.

Structure de la Direction des ressources financières

L'année 2015-2016 a été marquante à bien des égards. Soulignons tout d'abord les changements à la suite de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux, la Direction des ressources financières a dû procéder à une réorganisation administrative de son offre de services et structurer la répartition de ses ressources en fonction des objectifs de la Loi 10. La structure de la direction inclut les activités reliées aux opérations financières courantes telles que les comptes à recevoir, les comptes clients, la paie, la comptabilité et les activités reliées au budget. Nous avons également inscrit les activités de performance financière dans notre structure de direction. Cet aspect représente une nouveauté par rapport aux structures des directions financières qui existaient dans les établissements avant la fusion.

À cet égard, le nombre total de cadres pour la Direction des ressources financières (DRF) est passé de 21 ETC cadres à 15 ETC cadres. Conséquemment, la DRF a identifié les différents types de postes et procédé à la sélection de son personnel. Cet exercice a nécessité de revoir :

- les rôles et responsabilités (gestionnaires et employés);
- l'élaboration de scénarios de regroupement;
- la mise en place d'un plan de transition pour assurer le partage d'information et le transfert des connaissances;
- la mise en place de mécanismes de coordination a été nécessaire afin d'assurer une cohérence des activités administratives, de partager les préoccupations stratégiques et tactiques en regard des orientations et des projets de l'établissement, d'assurer le suivi des dossiers transversaux et d'assurer une saine gestion des ressources.

Afin d'assurer une communication de l'information, la DRF a développé un feuillet de communication « Transfo DRF » publié quatre fois par année.

Prise en charge des opérations du CIUSSS-EMTL

- Notre nouvelle entité légale a occasionné plusieurs changements, particulièrement pour le paiement des fournisseurs, les déclarations d'employeur, numéro de taxes, registre des entreprises, etc. Une revue complète des signataires bancaires pour chacun des établissements a été réalisée ainsi que le changement des signataires autorisés aux différents systèmes financiers.
- Révision de tous les AS-471 au 31 mars 2015, rencontres des équipes des installations et rencontres avec les vérificateurs (sept rencontres, sept AS-471, sept AS-478 et trois comités d'audit).
- Élaboration de balises communes pour le budget 2015-2016 visant la présentation d'un budget en équilibre.

Harmonisation des pratiques

- Le projet Lean sur l'harmonisation des processus de fin de périodes financières. Cet exercice a nécessité la mise en place d'ateliers d'amélioration continue qui visaient à recueillir l'information sur le mode de fonctionnement des établissements et à définir le processus idéal en prévision de son implantation à la période 5 se terminant le 22 août 2015.
- La mise en place d'un système d'intégration des données par l'utilisation de la base de données « parapluie ». Cette base de données permet de regrouper l'information financière provenant de chacun des systèmes des établissements. La participation des équipes a été nécessaire dans des délais très courts afin de rendre disponible l'application dès la période 5 se terminant le 22 août 2015. Ce projet nous permet de consolider temporairement nos données jusqu'à ce que nous ayons une intégration complète de nos systèmes, qui est d'ailleurs l'objet d'un autre chantier.
- L'intégration des systèmes financiers. L'élaboration d'un plan de positionnement a été nécessaire afin de mettre en place le processus adéquat d'intégration des systèmes d'information. La première étape consistait à recueillir par voie de questionnaires, les informations des différents établissements. Un comité de projet a été créé afin d'assurer le lancement du projet, l'organisation des activités, le suivi et le contrôle de l'enveloppe budgétaire associée. L'objectif était de réussir l'intégration complète des systèmes des ressources financières et matérielles dans les meilleurs délais. Malheureusement, un moratoire sur l'acquisition de système d'information a mis ce projet en veilleuse.
- L'harmonisation des processus de travail pour chacun des secteurs a été amorcée, des processus prioritaires ont été ciblés et les travaux se dérouleront au cours des prochaines semaines.

Structure de suivi financier

- Des mécanismes de suivi du budget et des cibles de l'entente de gestion ont été mis en place afin d'exercer une vigie concertée des résultats financiers et des cibles de l'entente de gestion. Afin de faire un suivi rigoureux, des comités intégrés sur le suivi de la performance ont été mis en place. Des rencontres stratégiques et tactiques sont prévues. Des présentations périodiques comportant les résultats globaux financiers et de l'entente de gestion ont été également faites lors des comités de direction de l'établissement sur une base régulière. La mise en place d'ateliers de travail a permis d'identifier les opportunités de performance CIUSSS avec la contribution des gestionnaires de l'établissement.

La Direction des ressources financières a procédé à l'élaboration :

- d'un cadre de référence de la planification budgétaire 2016-2017, afin d'établir les balises harmonisées du processus budgétaire;
- d'une politique de gestion budgétaire;
- d'une politique de capitalisation.

Depuis janvier dernier, la Direction a entamé une démarche visant le retour à l'équilibre pour permettre de contrer un déficit anticipé au 31 mars 2016. L'identification et l'implantation de 12 mesures ont été possibles grâce à la collaboration des gestionnaires, des médecins et des équipes touchées. La démarche se basant sur le concept de performance financière intègre la notion d'efficacité, le respect de la qualité, la mobilisation et l'accessibilité de l'offre de services. Conséquemment, la portée des projets retenus va au-delà des retombées financières.

Engagement

- Les équipes de travail ont vécu beaucoup de changements dans l'année : nouvelle direction, différence dans le regroupement des activités, fonctionnement avec des gestionnaires multisites, révision des processus de travail et préparation en vue d'un déménagement. Un travail magistral a été fait afin d'assurer la disponibilité de l'information financière et la continuité des services. C'est avec professionnalisme que les équipes ont relevé le défi.

Divers

- Transfert des activités du CHSLD Quatre-Saisons vers le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. Ce centre d'hébergement avait été fusionné à deux autres et deux CLSC en 2004 pour former le CSSS de Saint-Léonard-Saint-Michel. À la suite de la création du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, un accord est intervenu avec le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-NMTL) pour le transfert des activités de ce centre, dû au fait qu'il est localisé sur le territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS) de la Petite-Patrie-Villeray relevant du CIUSSS-NMTL.

- Élaboration d'un plan de regroupement des équipes de travail. L'inventaire des besoins en espaces de travail a été réalisé afin que chacun des secteurs d'activités soit fonctionnel. Des rencontres d'équipes ont eu lieu afin de préparer le déménagement qui a eu lieu en juin 2016.

Les enjeux

- L'impossibilité d'intégrer les systèmes d'information financiers alourdit et complexifie l'organisation du travail. Dans ce contexte, optimiser les ressources, répondre aux besoins des directions et effectuer des suivis financiers adéquats sont très difficiles.
- La Direction des finances est souvent impliquée dans les projets de l'organisation. La réalisation simultanée de plusieurs projets qui sont prévus dans la prochaine année représente un enjeu de taille dans l'organisation et la priorisation des activités.
- Le regroupement physique des équipes est un élément positif pour entamer la prochaine année. La cohésion des équipes et la mobilisation du personnel seront par contre un défi pour les gestionnaires.
- Dans le tourbillon de la première année du CIUSSS, une intensité du rythme de travail s'est imposée. Présentement, l'enjeu est d'assurer une offre de services adéquate avec un rythme plus normal. Un travail sur les rôles et responsabilités de chacun aidera à mieux encadrer les différents mandats de la direction.

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES, DES COMMUNICATIONS ET DES AFFAIRES JURIDIQUES

Les principales activités de l'équipe de la Direction adjointe du développement organisationnel, de la main-d'œuvre et de l'enseignement autre qu'universitaire

- Une main-d'œuvre suffisante et qualifiée
Au cours de l'année 2015-2016, en collaboration avec l'ensemble des directions, la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques (DRHCAJ) a piloté la mise en place de la structure organisationnelle de l'établissement selon les règles prescrites à cet effet par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette réorganisation majeure, réalisée avec transparence et équité, garantissait une planification régionale des ressources humaines et priorisait leur remplacement en stabilité et sécurité d'emploi, et ce, avant de procéder à de nouvelles embauches ou à la titularisation des occasionnels.
- Un milieu de travail sain
L'élaboration d'une politique en matière de promotion de la civilité, de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail.

Le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal reconnaît l'importance déterminante de la contribution de ses ressources humaines à la réalisation de sa mission et à la prestation de services de qualité. Conséquemment, la DRHCAJ a procédé à l'élaboration d'une politique en matière de promotion de la civilité, de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail. Cette politique vise à favoriser la santé et le bien-être de ses ressources humaines par la mise en place de conditions permettant un milieu de travail sain et exempt de harcèlement et de violence.

La valeur des individus

L'organisation reconnaît l'importance d'un milieu de travail favorisant les pratiques de reconnaissances formelles et informelles. Proposée par la DRHCAJ et entérinée par le comité de direction, la programmation des activités de reconnaissance se définit à la hauteur et à la grandeur de notre organisation, et permet de :

- reconnaître la qualité du travail des individus par l'entremise d'événements rassembleurs et inclusifs à différents moments durant l'année;
- diversifier les marques de reconnaissance en valorisant la contribution du personnel, la fidélisation ainsi que le sentiment d'appartenance;
- favoriser la participation à des activités organisationnelles qui satisferont l'ensemble des ressources humaines du CIUSSS.

La principale activité de l'équipe de la Direction adjointe des relations de travail et des conditions d'exercices

- *Une plateforme Web de virtualisation des processus de dotation*
À la suite de la création du CIUSSS-EMTL et de la fusion des services de dotation, le niveau de complexité des processus, le volume d'activités et la complexité d'évaluer la performance ont augmenté.

De plus, dans un contexte de concurrence et de pénurie de main-d'œuvre, la rapidité de traitement des candidatures est un enjeu d'envergure. En effet, il faut recruter, dans un court délai, les meilleurs candidats. Devant ces constats, la DRHCAJ a choisi de déployer Taléo, une plateforme Web de virtualisation des processus de dotation. Ce projet, qui s'est déroulé de septembre 2015 à avril 2016, a été le fruit d'une collaboration entre les trois directions adjointes de la DRHCAJ. Tout d'abord, une révision complète ainsi qu'une harmonisation des processus existants ont été réalisées. Puis, une virtualisation des processus a été développée à l'interne afin de répondre à notre nouvelle réalité. Lancée officiellement le 11 janvier 2016, cette nouvelle méthode aura permis à notre organisation de réaliser d'importants gains d'efficacité et d'efficacités, tout en améliorant l'expérience «candidat» et en diminuant les délais de dotation.

Les principales activités de l'équipe de la Direction adjointe des communications

▪ *L'intranet*

Lors de la création du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, on comptait cinq intranets distincts affiliés à nos différents établissements. Afin de rejoindre l'ensemble de la communauté interne du CIUSSS, un nouveau site intranet a été déployé en février 2016. Ce dernier se veut une porte d'entrée unique pour une communication organisationnelle uniforme et le partage d'outils de travail et de connaissance. Il assure un environnement favorisant la performance du travail des équipes dans un contexte de multisites. Il favorise également le développement de la culture organisationnelle du CIUSSS et du sentiment d'appartenance de ses ressources. Il répond notamment aux objectifs suivants :

- favoriser une communication fluide d'informations;
- soutenir les directions dans la mise en place de leur plan d'organisation;
- intégrer des solutions technologiques modernes dans l'organisation du travail, la gestion de projet et la communication à distance.

▪ *L'identité visuelle*

L'identité visuelle a été déployée dans l'organisation afin de donner une personnalité aux productions imprimées et électroniques. Dynamique et rassembleuse, cette nouvelle identité visuelle s'inscrit comme un outil mobilisant permettant de consolider la connaissance et la reconnaissance du CIUSSS comme unique entité administrative. En se dotant d'une telle identité visuelle, l'organisation a choisi de promouvoir une image de marque distinctive.

DIRECTION DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES (DRI)

Les principales réalisations de l'équipe des Ressources informationnelles

- L'analyse des risques technologiques du CEMTL : cet exercice visait à identifier les risques en RI du CEMTL et à identifier des mesures de mitigation pour chaque risque, à traduire les mesures de mitigation en projets de fondements technologiques et à inclure la gestion des risques dans notre démarche d'amélioration continue.
- Plan d'action de la DRI en lien avec les priorités organisationnelles et les risques technologiques.
- Lancement des projets de fondations technologiques du CEMTL : le premier chantier opérationnel auquel s'est consacré la DRI est la mise en place de l'infrastructure technologique de base du CEMTL. Ce chantier, encore en cours, inclut la consolidation et la densification des centres de traitement informatique du CIUSSS, la virtualisation des

applications, la mise en place d'un service de répertoires Windows et la mise à niveau du réseau de télécommunication de l'HMR et des autres installations.

Les principaux enjeux et les priorités

- La concurrence entre la continuité des opérations et les chantiers de mise en place du CIUSSS.
- La concurrence entre les projets provinciaux et les projets locaux.
- La disponibilité des ressources humaines et financières.
- La vétusté et la désuétude des installations technologiques.
- La mise en place des fondations technologiques du CEMTL.
- La mise en place du volet technologique des projets organisationnels et des priorités des technologies de l'information du ministre, notamment Cristal-Net.
- La structuration des équipes et des processus opérationnels de la DRI.

La principale modification apportée dans la gestion des risques et la qualité, les ressources humaines, matérielles et financières

L'analyse et la gestion des risques : dans le contexte de mise en place et de constitution du CEMTL, le premier exercice stratégique réalisé par la DRI a été une analyse des risques au niveau des ressources informationnelles de l'organisation. Cet exercice visait à identifier et à partager les risques en ressources informationnelles avec l'organisation et à mettre en place un plan itératif de gestion des risques.

DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES

Les principales réalisations des équipes des Services techniques

- Dans le secteur des Services alimentaires, la formation du CIUSSS a permis de constater un besoin d'harmonisation de la qualité et de la présentation des mets, de même qu'un état de vétusté des installations nécessitant une réorganisation physique pour la production et la distribution alimentaire des 19 installations. Le CIUSSS prépare près de 6 000 000 de repas par an pour sa clientèle composée à 54 % de résidents de soins de longue durée, à 26 % d'usagers de courte durée et à 20 % en vente de services.

Afin de répondre à ces problématiques, une étude sur l'optimisation des services alimentaires fut mise en place à l'automne 2015. Elle regroupe une équipe multidisciplinaire des différentes directions, d'une firme d'experts dans la gestion alimentaire et d'un patient partenaire.

Des relevés ont été faits dans chacune des installations afin d'évaluer le potentiel de regroupement des activités de production, tout en maintenant le service de

distribution dans chacun des lieux. Des rencontres avec l'équipe ont été effectuées afin de dégager une orientation sur l'importance de l'approche auprès du résident et du patient qui demeurent l'élément central de la réflexion sur l'offre de services.

Les prochaines étapes consisteront en une évaluation du modèle de production et de distribution retenu, de l'impact sur les besoins d'aménagement physique et d'acquisitions des équipements, des besoins en ressources humaines et de l'impact financier. Les recommandations sont prévues pour être déposées à la fin du printemps 2016.

- L'installation de l'HMR occupe le premier rang au Québec quant au nombre de traitements offerts annuellement par un service d'hémodialyse centralisé. Cependant, ce secteur est aménagé principalement dans des roulottes qui ont largement atteint leur durée de vie utile, représentant un enjeu important de santé et sécurité publique pour la clientèle et le personnel. Le transfert de l'hémodialyse dans des installations permanentes neuves figure parmi les priorités du Plan maître immobilier de l'HMR.

En septembre 2014, le Conseil des ministres autorisait l'élaboration du dossier d'affaires (DA) du projet de construction d'un nouveau pavillon visant l'aménagement des services d'hémodialyse de l'HMR. Le DA a été déposé au Secrétariat du Conseil du trésor pour une première analyse en avril 2016 et pour un dépôt final en mai 2016.

Les besoins évalués et reconnus par le MSSS et l'HMR sont de 70 stations de traitement d'hémodialyse et de quatre stations pour l'enseignement. Le nouveau pavillon sera entièrement dédié au service de dialyse. Il sera localisé au nord-ouest du Centre de soins ambulatoires et y sera relié par des liens en sous-sol et des passerelles.

L'autorisation du Conseil des ministres est attendue en juin 2016 afin de permettre le début des travaux à l'automne 2016.

- Depuis 2013, des travaux de construction sont en cours afin de réaliser l'agrandissement et le réaménagement de l'urgence de l'HMR. Le projet, divisé en trois lots, a permis de compléter l'agrandissement de l'urgence le 18 décembre 2015 et d'occuper ces nouveaux locaux le 30 janvier 2016. L'urgence comprend 53 civières réparties en une aire monitorée ainsi qu'une aire non monitorée, et une aire de choc accueillant quatre civières, pour un total de 57 civières.

L'agrandissement de l'urgence incluait également des espaces non aménagés pour des développements futurs : laboratoires et vestiaires au sous-sol. La construction d'un étage supplémentaire (coquille vide) a également été complétée.

Depuis février 2016, le réaménagement de l'urgence existante est en cours pour une livraison en février 2017.

Le budget du projet est maintenant de 84,7 M\$, incluant un financement de 1 M\$ de la Fondation de l'HMR.

- Les audits techniques pour l'ensemble du CIUSSS ont été réalisés selon les attentes du MSSS, soit sur plus de 30 % des bâtiments qui constituent notre organisation. Le constat : plusieurs de nos installations sont dans un état de vétusté important, soit sous la cote D et E. Nous complétons l'évaluation de 70 % des infrastructures restantes à livrer cette année.
- La livraison du projet Signature à l'IUSMM. La Banque Signature est une des plus vastes banques de données biologiques, psychosociales et cliniques de personnes atteintes de problèmes de santé mentale. Elle collecte des indicateurs biologiques, psychosociaux et cliniques chez des patients admis à l'urgence psychiatrique, et ce, à quatre moments de leur cheminement hospitalier : lors de leur arrivée à l'urgence, à la fin de leur hospitalisation, au début et à la fin des traitements en clinique externe. Le patient fournit des biospécimens pour l'analyse de 23 biomarqueurs et répond à plus de 168 questions sur iPad. L'analyse scientifique de ces informations permettra de partager aux cliniciens des bases scientifiques évidentes pour leur pratique et de meilleures techniques de détection précoce.
- La Banque utilise un système informatisé unique et fiable qui collige les données pour les chercheurs et qui partage immédiatement certains résultats aux équipes traitantes. Elle offre un accompagnement pour chaque projet de recherche utilisant les données de la banque avec notamment un service d'analyses statistiques personnalisées. Chaque échantillon biologique est traité dans les laboratoires du CR-IUSMM. Ces laboratoires ont bénéficié de rénovations majeures grâce à une subvention du ministère de l'Économie, de la Science et de l'Innovation (4 M\$). Depuis fin août 2015, la Banque Signature accède aux différents plateaux techniques, tels que le laboratoire d'analyse de biomarqueurs, de génétique et d'épigénétique, de génotypage et phénotypage, de culture cellulaire d'imagerie, de traitement et d'entreposage des échantillons.

La Banque Signature compte actuellement plus de 1 100 participants, soit 370 000 données psychosociales et 30 400 biospécimens.

Les nouveaux enjeux et les priorités :

- Déménagements pour le regroupement des différentes équipes du CIUSSS incluant la planification en 2015-2016, la réalisation des installations et les déménagements de 500 personnes au printemps 2016 et à l'automne 2016.
- Réalisation du réaménagement de l'urgence.
- Mise en plan de construction et début des travaux pour le nouveau pavillon de dialyse.

- Réaménagements physiques requis en fonction de l'offre de services clientèle :
 - soins palliatifs à l'HSC.
- Analyse et audits de l'ensemble du parc immobilier du CIUSSS en lien avec les attentes du MSSS. Ce qui permettra de compléter l'évaluation physique de l'ensemble des installations (70 % des installations seront complétées).
- Unification des outils de gestion et de suivi pour le volet entretien des installations et des équipements, pour les programmes d'hygiène-salubrité.
- Déploiement des recommandations de l'étude d'optimisation des services alimentaires :
 - unification des logiciels et outils de gestion des services;
 - standardisation des menus.

La principale modification apportée dans la gestion des risques

- Le déploiement de l'outil de gestion des risques en fonction de la vétusté et de la criticité des installations matérielles, et ce, en lien avec le plan annuel de gestion des investissements publics en infrastructures (PAGI).

Faits saillants

- Plus de 8 700 stages réalisés en 2015-2016.
- Près de 2 000 professionnels de la santé ont participé à notre programme de formation continue.
- La désignation de Centre universitaire d'ophtalmologie de l'Université de Montréal a été accordée au Département d'ophtalmologie de l'HMR.

Mission d'enseignement

La Loi 10 a considérablement modifié la mission d'enseignement des établissements, notamment en scindant la responsabilité de la gestion de stages entre deux directions: les stages des futurs médecins et des autres disciplines universitaires sont sous la responsabilité de la Direction de l'enseignement universitaire alors que les stages des niveaux collégial et secondaire sont sous la responsabilité de la DRHCAJ.

Il importe de souligner que les deux directions responsables de la mission d'enseignement commencent à peine à se structurer pour prendre en charge les activités de gestion des stages qui étaient assumées dans les différentes installations. Néanmoins, avec la précieuse collaboration des personnes qui sont toujours en place dans certaines installations, nous avons pu dresser un portrait du volume de stages réalisés dans notre CIUSSS en 2015-2016.

Volume de stages réalisés en 2015-2016

Les stages de médecine sont presque exclusivement réalisés dans les trois centres hospitaliers (HMR, IUSMM et Santa Cabrini). Puisque le personnel de la Direction de l'enseignement universitaire coordonne ces stages et est toujours en place, les données sont complètes et précises. En 2015-2016, 2 894 stages de médecine ont été réalisés, ce qui représente près de 275 équivalents temps complet.

Soulignons également que nous avons accueilli à l'HMR, les 32 premiers externes de médecine dont le cursus de formation est en mode centralisé. La réforme du Doctorat en médecine veut ainsi permettre aux externes de faire la majorité de leurs stages dans un même centre hospitalier afin d'approfondir leurs connaissances du milieu clinique, de développer des aptitudes au travail collaboratif et de diminuer le stress lié aux multiples changements de milieux de stage.

Comme on peut le voir dans le tableau ci-dessous, notre établissement comprend deux centres de recherche qui ont accueilli de nombreux étudiants en 2015-2016. La durée des stages en recherche est très longue, ce qui explique le volume important d'équivalents temps complet.

En ce qui concerne les stages des autres disciplines que la médecine et la recherche, nous avons compilé pour la première fois les données des stages réalisés dans les sept installations du CIUSSS. Nous obtenons un résultat impressionnant de 5 431 stages, soit 327,83 équivalents temps complet. Il importe de souligner qu'il s'agit d'une estimation, car les données étaient consignées de manière variable d'une installation à l'autre et une certaine quantité d'information n'a pu être recueillie en raison du départ des personnes responsables.

Stages en médecine • CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal • 2015-2016

STAGE	HMR		IUSMM		SC		LT		PDI		STL STM		TOTAL	
	Nb de stages	ETC	Nb de stages	ETC	Nb de stages	ETC	Nb de stages	ETC	Nb de stages	ETC	Nb de stages	ETC	Nb de stages	ETC
ÉTUDIANTS	136	6,28	0	0	64	2,95	0	0	0	0	0	0	200	9,24
EXTERNES	769	61,42	61	7,50	69	4,63	0	0	3	0,40	0	0,40	902	73,94
RÉSIDENTS	1664	174,77	88	13,85	40	3,08	0	0	0	0	0	0	1792	191,68
TOTAL	2569	242,47	149	21,35	173	10,66	0	0	3	0,40	0	0,40	2894	274,87

Source: Direction de l'enseignement universitaire

Estimation des stages excluant la médecine et la recherche • CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal • 2015-2016

STAGE	HMR		IUSMM		SC		LT		PDI		STL STM		TOTAL	
	Nb de stages	ETC	Nb de stages	ETC	Nb de stages	ETC	Nb de stages	ETC	Nb de stages	ETC	Nb de stages	ETC	Nb de stages	ETC
UNIVERSITAIRE	451	39,77	249	33,30	103	6,62	63	5,68	174	11,36	29	6,18	1069	102,91
COLLÉGIAL	944	51,46	168	12,20	384	14,54	192	6,76	59	2,62	27	2,70	1774	90,29
SECONDAIRE	810	38,78	156	9,49	706	34,83	367	16,90	213	18,54	336	16,09	2588	134,63
TOTAL	2205	130,01	573	54,99	1193	55,99	622	29,35	446	32,53	391	24,97	5431	327,83

Source: Direction de l'enseignement universitaire et Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques

Estimation des stages en recherche
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal • 2015-2016

STAGE	HMR		IUSMM		TOTAL	
	Nb de stages	ETC	Nb de stages	ETC	Nb de stages	ETC
B. Sc.	50	11,10	15	3,37	65	14,47
M. Sc.	40	31,09	90	87,93	130	119,02
Ph. D.	58	45,57	156	152,92	214	198,38
Postdoc.	20	14,75	8	7,32	28	22,08
TOTAL	168	102,41	269	251,55	437	353,96

Source: Direction de l'enseignement universitaire

En additionnant tous les types de stages, tant cliniques que non cliniques, ce sont 8762 stages qui furent réalisés en 2015-2016, soit 957 équivalents temps complet. Notre CIUSSS est sans doute l'un des milieux de stage les plus accueillants.

Pour poursuivre notre croissance, il importe de former et de soutenir les professionnels de toutes les disciplines qui contribuent directement ou indirectement à la formation de la relève. La Direction de l'enseignement universitaire offre, depuis quelques années à l'IUSMM et dans d'autres établissements du réseau, une formation spécifique sur la supervision de stages qui permet à des professionnels de développer ou de perfectionner les compétences essentielles pour exercer ce rôle. Une trentaine de professionnels de diverses disciplines y ont participé cette année. Nous entendons déployer cette formation dans notre CIUSSS en 2016-2017 pour soutenir les superviseurs de stages cliniques et non cliniques.

Un programme de formation continue dynamique

La mission d'enseignement universitaire s'actualise aussi par une volonté de partager les savoirs et l'expertise développés dans nos centres affiliés. Des programmes dynamiques et très courus sont offerts à l'HMR et à l'USMM. Ces colloques, formations et conférences, aussi accessibles par visioconférence, ont permis de rejoindre près de 2000 participants en 2015-2016.

Le programme de formation médicale continue de l'HMR s'adresse aux médecins omnipraticiens et aux professionnels de la première ligne. Vous trouverez dans le tableau ci-contre les différents sujets traités cette année et le volume de participants.

Activités de formation médicale continue
HMR • 2015-2016

DATE	Nbre de participants	SUJET
17 avril 2015	152	Rhumatologie
15 mai 2015	151	Gastro-entérologie
18 septembre 2015	118	Pédiatrie
23 octobre 2015	130	Santé de l'homme
27 novembre 2015	157	Maladies infectieuses
22 janvier 2015	172	Cardiologie
19 février 2015	115	Nouveautés en pharmacologie
26 février 2015	99	Soins de fin de vie
19 mars 2015	149	Cancer du sein (dépiage génétique)
8 avril 2015	119	Soins de fin de vie
TOTAL de participants	1362	

Source : Direction de l'enseignement universitaire

Deux activités ont été ajoutées au programme de l'HMR en cours d'année pour s'adapter à l'entrée en vigueur au Québec le 10 décembre 2015 de la *Loi concernant les soins de fin de vie*. Une équipe interdisciplinaire de conférenciers a développé une formation permettant de se familiariser avec les dispositions de la loi et de s'approprier le fonctionnement des directives médicales anticipées, de la sédation palliative continue et de l'aide médicale à mourir. Les deux colloques sur ce sujet ont suscité une grande interaction entre les conférenciers et les participants. Ces deux formations ont réuni 218 professionnels, principalement des médecins, des pharmaciens, des infirmières, des résidents en médecine ou en pharmacie. Nous remercions les cinq conférenciers pour la qualité de leurs présentations ainsi que pour la pertinence des réflexions et des échanges suscités.

Le programme de développement professionnel continu de l'IUSMM offre différentes formes de perfectionnement aux intervenants de la première ligne et à ceux qui œuvrent en santé mentale. Outre les huit formations données en 2015-2016 et rapportées dans le tableau ci-dessous, quatre formations sur mesure ont été développées pour répondre aux besoins d'organismes externes et ont réuni 37 participants. Enfin, douze conférences sur les savoirs et pratiques en développement ont su rejoindre les intérêts de 265 personnes.

**PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL
CONTINU EN SANTÉ MENTALE
2015-2016 • IUSMM**

DATE	Nbre de participants	TITRE
14 avril	44	Consentement aux soins, aptitudes et régimes de protection
30 avril - 1 ^{er} mai	34	Introduction à la thérapie axée sur la mentalisation
19 mai	47	Troubles du comportement et indices de troubles frontaux: analyse et intervention auprès d'adultes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme
4 juin	36	Trouble obsessionnel-compulsif: introduction à l'évaluation et aux traitements cognitif-comportemental (TCC) basés sur les inférences (TBI)
30 septembre	69	Évaluation et traitement cognitivo-comportemental du trouble d'accumulation compulsive
29-30 octobre	24	Entretien motivationnel: niveau 1
19-20 novembre	41	Le trouble de la personnalité limite: comprendre la psychopathologie pour mieux intervenir
3 décembre	25	Insomnie et cauchemars: évaluation et traitement cognitivo-comportemental
TOTAL de participants	320	

Source: Direction de l'enseignement universitaire

Enfin, nous soulignons la tenue en 2015-2016 de deux colloques organisés par la *Table de coordination des services médicaux de première ligne* du CIUSSS-EMTL.

Rayonnement

L'année 2015-2016 a été riche en opportunités de rayonnement pour notre mission universitaire. D'abord, rappelons que M^{me} Odette Roy, inf., M.Sc., M.A.P., Ph.D., fondatrice du Centre d'excellence en soins infirmiers de notre CIUSSS et auteure de nombreuses publications, fut désignée, en novembre 2015, lauréate de l'Insigne du mérite 2015 qui est la plus haute distinction décernée annuellement par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Il s'agit d'un hommage rendu à une infirmière ou un infirmier dont la carrière émérite a contribué de manière exceptionnelle à l'avancement des soins infirmiers ou à la notoriété de la profession dans l'un des domaines suivants : enseignement, recherche, gestion, pratique clinique, engagement social et communautaire.

Le 7 janvier 2016, un premier simulateur de réalité virtuelle pour la formation en chirurgie ouverte orthopédique (reconstruction du genou par arthroplastie totale) a été

présenté en conférence de presse à l'HMR. Développé par Les Technologies OSSim Inc., en partenariat avec trois chirurgiens orthopédistes de l'Université de Montréal, D^r Marc Isler, D^r Vincent Massé de l'HMR, ainsi que D^{re} Véronique Godbout du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), ce simulateur est installé à l'HMR où il permet aux résidents en chirurgie orthopédique de développer les compétences psychomotrices requises en arthroplastie et d'améliorer leur dextérité afin de minimiser le risque de complications chez le patient.

Cette nouvelle acquisition vient s'ajouter aux laboratoires d'enseignement par simulation déjà présents à l'HMR, notamment en chirurgie générale, en ophtalmologie, en hématologie morphologique, en néphrologie et en soins aigus. Au début de 2016, le Service d'otorhinolaryngologie de l'HMR a aussi fait l'acquisition, grâce à la Fondation, d'un scope flexible de haute définition pour l'enseignement en chirurgie nasale. Des scénarios pédagogiques sont également en développement pour démarrer des activités de simulation en soins aigus dans le nouveau laboratoire haute-fidélité mis en place en 2015 à l'Hôpital Santa Cabrini.

Ressources didactiques

Le Service des ressources didactiques de la Direction de l'enseignement universitaire est né en 2015-2016 de la fusion des services des techniques audiovisuelles et des bibliothèques et centres de documentation de l'HMR, de l'IUSMM et de l'HSC. En mettant en commun les ressources et l'expertise de nos professionnels de l'information et du multimédia, nous sommes mieux en mesure de soutenir les réalisations et les productions des missions de soins, d'enseignement et de recherche. La réalisation d'une vidéo de formation, d'une présentation PowerPoint ou d'une affiche scientifique, l'édition d'une brochure à l'intention des patients, des recherches documentaires ou des veilles informationnelles en soutien aux décisions et au processus d'amélioration continue d'une équipe clinique, sont autant d'exemples de nos services. Les tableaux ci-dessous présentent les principales réalisations de ce service en 2015-2016.

Partenariat avec les fondations

Grâce au soutien des fondations, nous pouvons améliorer chaque année nos infrastructures d'enseignement et réaliser des projets d'envergure pour demeurer un milieu de stage attrayant et apprécié des futurs professionnels de la santé. En outre, le rehaussement de nos salles d'enseignement et de nos équipements de visioconférence facilite les nombreuses réunions et formations associées au contexte du CIUSSS et aux besoins de communications des intervenants des différentes installations.

En 2015-2016, la Fondation de l'Hôpital Santa Cabrini nous a permis d'améliorer les conditions d'enseignement et de réunion dans l'auditorium de cette installation. L'équipement de projection a été rehaussé et on y a ajouté un système de visioconférence.

SERVICES DES BIBLIOTHÈQUES ET CENTRES DE DOCUMENTATION • 2015-2016

PRINCIPAUX SERVICES	HMR	IUSMM	SANTA CABRINI	TOTAL CIUSSS
Fréquentation (entrées)	26 464	1 978	4 000 ¹	28 442
Consultations sites Web et catalogues (sessions)	51 607	7 502	733 ²	59 842
Consultations site Web CIUP ³ (pages)	5 610	n.d.	n.d.	5 610
Prêts de documents	1 705	792	621	3 118
Prêts entre bibliothèques	1 218	1 884	1 341	4 443
Recherches documentaires et veilles	1 031	1 449	876	3 356
Aide à l'utilisateur et recherches manuelles	392	378	272	1 042
Édition de publications pour les patients	114	n.d.	n.d.	240
Formations	43	n.d.	65	108

1. Données 2011-2012

2. Consultations de l'interne seulement

3. Centre d'information pour l'utilisateur et ses proches de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Source : Direction de l'enseignement universitaire

SERVICES DE L'AUDIOVISUEL • 2015-2016

PRINCIPAUX SERVICES	HMR	IUSMM	SANTA CABRINI	AUTRES	TOTAL CIUSSS
Visioconférences	950	397	42	84	1 473
Livestream	0	27	0	0	27
Photos de patients et du transport adapté	315	82	n.d.	n.d.	397
Photos pour carte d'identité	1 114	n.d.	n.d.	n.d.	1 114
Affiches et conceptions	670	0	0	0	670
Productions vidéo	91	49	n.d.	n.d.	140
Nombre d'heures	935 h	196 h			1 131 h
Installations et photos d'événements	311 h	75 h	0	0	986 h

Source : Direction de l'enseignement universitaire

La Fondation HMR a, quant à elle, soutenu la rénovation de l'Unité d'enseignement clinique en médecine interne du pavillon Maisonneuve et d'une salle de cours et de visioconférence au pavillon J.A.-DeSève. Elle a en outre financé la création d'une toute nouvelle salle d'enseignement interdisciplinaire dans le secteur de la physiothérapie au pavillon Maisonneuve.

Avec l'ouverture de la nouvelle urgence de l'HMR, nous pouvons désormais compter sur deux nouvelles salles d'enseignement au sein même des unités de soins. Une troisième salle s'ajoutera en 2017 avec la livraison de la zone ambulatoire. Ces espaces réservés aux médecins et à leurs stagiaires résidents et externes facilitent les recherches et les discussions entourant les consultations.

DIRECTION DE LA RECHERCHE

Le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal regroupe deux centres de recherche, celui de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CR-IUSMM) et celui de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (CR-HMR).

EFFECTIFS DU CENTRE DE RECHERCHE (CR-IUSMM)

CHERCHEURS	
Réguliers (dont 4 chercheurs cliniciens)	49
Associés	30

TOTAL 79

ÉTUDIANTS	
Fellows	3
Stagiaires postdoctoraux	8

TOTAL 257

EFFECTIFS DU CENTRE DE RECHERCHE (CR-HMR)

CHERCHEURS	
Réguliers	39
Associés	18
Cliniciens	101

TOTAL 158

ÉTUDIANTS	
Fellows	6
Stagiaires postdoctoraux	20
3 ^e cycle	58
2 ^e cycle	40

TOTAL 124

Principales réalisations

Pour les subventions et distinctions

Cinq équipes de chercheurs du CR-IUSMM ont obtenu chacune une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Il s'agit de Isabelle Ouellet Morin, Armando Bertone, Laurent Mottron, Kieron O'Connor et Sonia Lupien, cette dernière étant récipiendaire du prestigieux volet Fondation des IRSC avec une subvention de près de 1,5M\$. A ces subventions s'ajoutent celles de Pierrick Plusquellec (Conseil de recherches en sciences humaines) et des chercheurs en criminologie Stéphane Guay (Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail) et Jean-Pierre Guay (Conseil de recherches en sciences humaines). De plus, Jean-Pierre Bonin a reçu le prix de l'Innovation sociale du recteur de l'Université de Montréal, en récompense de ses travaux sur l'itinérance et les familles de proche atteint de troubles mentaux graves. M^{me} Tania Lecomte et M. Marc Corbière sont lauréats du Programme d'excellence en recherche en psychiatrie de Pfizer 2014. Ce prix vise à faire connaître les retombées de la thérapie

cognitivo-comportementale de groupe chez les personnes souffrant de dépression et qui sont actuellement sur le marché du travail, afin de prévenir les rechutes. M. Armando Bertone a obtenu le prix William Dawson récompensant un chercheur de calibre international dans son domaine (troubles sensoriels et cognitifs dans l'autisme). Enfin, Alexandre Dumais et Frederick Aardema ont obtenu respectivement la bourse de chercheur-boursier clinicien J1 et chercheur-boursier J2.

Pour les projets de recherche

En 2015, P. Plusquellec a inauguré le Centre d'études en sciences de la communication non verbale qui a pour objectifs la production, la synthèse et la diffusion de connaissances scientifiques sur la communication non verbale. Par ailleurs, grâce au soutien financier de la Fondation de l'IUSMM, cinq bourses de 20 000 \$ ont été octroyées à des chercheurs ou équipes de chercheurs en santé mentale afin de leur permettre d'utiliser les données de la Banque Signature. Afin d'encourager la collaboration entre les cliniciens de l'IUSMM et les chercheurs du Centre, trois projets de recherche pilote ont été financés par le Centre. Ces projets, d'une durée d'un an, seront présentés à l'IUSMM en avril 2016. Pour ce qui est des recrutements de chercheurs, Marc Corbière (retour et la réinsertion au travail de personnes aux prises avec un trouble mental) et Marie-Hélène Pennestri (évaluation et traitement des troubles de sommeil) ont été recrutés à titre de chercheur régulier à compter de 2015.

Pour le rayonnement

La Journée de la recherche de Centre a été organisée à l'IUSMM en mai 2015 avec pour invité Rémi Quirion, scientifique en chef du Fonds de recherche du Québec (FRQ). Les travaux des chercheurs du Centre ont fait l'objet de plus d'une quinzaine de communiqués de presse, visibles dans la section *Nouveaux Savoirs* du site Web de l'IUSMM. De plus, le Centre comptabilise plus d'une centaine d'apparitions médias (télé, radio, Web) rapportant les travaux des chercheurs. Des colloques destinés aux professionnels de la santé (chercheurs, soignants, etc.) ont été organisés par des chercheurs du Centre sur les thèmes de l'épidémiologie psychosociale (Aline Drapeau), des archives médicales (Alain Lesage), des troubles anxieux (Valérie Tourjman), du stress (Sonia Lupien) et de la thérapie cognitivo-comportementale (Tania Lecomte). Quatre chercheurs ont donné une conférence grand-public Fernand-Seguin sur les thèmes du trouble alimentaire (Annie Aimé), de la paraphalgie (Christian Joyal), de l'intimidation (Isabelle Ouellet-Morin) et du syndrome de Tourette (Julie Leclerc). Ces conférences sont diffusées sur le Web via les plateformes Livestream et YouTube. Enfin, le site extranet du Centre rapporte les activités du Centre et du réseau dans le domaine de la santé mentale, avec plus de 5000 visites en 2015. Le Centre est également présent sur le réseau LinkedIn. Nos chercheurs ont publié 136 articles scientifiques à un comité de lecture. Enfin, sous l'initiative des docteurs Stip (Directeur du Département de psychiatrie, UdeM) et Potvin (chercheur et

directeur de la Chaire Eli Lilly sur la schizophrénie), un numéro spécial du *Canadian Journal of Psychiatry* a été publié afin de mettre en évidence les contributions scientifiques accomplies par les chercheurs de la Chaire schizophrénie de l'Université de Montréal durant les dix dernières années.

Pour le renouvellement de la subvention

Tous les quatre ans, le Centre de recherche de l'HMR doit renouveler sa reconnaissance auprès des Fonds de recherche du Québec - Santé (FRQS). Cette année, le rapport d'évaluation fait par un comité indépendant du FRQS a confirmé la forte progression du CR-HMR dans la plupart des critères de performance.

Ainsi, ce rapport a démontré l'efficacité des efforts et des orientations prises au cours des quatre dernières années par la Direction de la recherche afin de consolider son positionnement stratégique. Le CR-HMR a été extrêmement sélectif dans ses orientations à l'intérieur même de ses axes et la profondeur de son expertise, son plan de recrutement, l'originalité de ses travaux, la complémentarité de ses connaissances et le développement de ses infrastructures, notamment son Centre d'excellence en thérapie cellulaire (CETC).

De plus, pour la période évaluée (2012-2016), chacun des axes d'excellence du CR-HMR a connu une forte progression. Le CR-HMR a ainsi consolidé ses axes, notamment par le recrutement de six chercheurs, la création d'une chaire en thérapie cellulaire des maladies de l'œil, l'obtention de près de 2 M\$ en subvention de la Fondation canadienne pour l'innovation, l'intégration au Consortium de recherche en oncologie clinique du Québec (Q-CROC), un partenariat avec Algorithme Pharma, de nombreuses activités de valorisation/commercialisation et l'obtention de subventions majeures telles que deux subventions de Génome Canada-Québec de 13,4 M\$ et de 11 M\$, Réseau des Centres d'Excellence du Canada 3 M\$, Étude clinique de phase I/II utilisant UM-171 pour l'expansion du sang de cordon (IRSC et Institut de recherche de la Société canadienne du cancer) 2,26 M\$ et Amorchem 767 k\$ pour un projet novateur de traitement des maladies de l'œil.

Pour l'obtention d'une subvention à la création du Centre de commercialisation en immunothérapie du cancer (C3i)

Le D^r Lambert Busque, chercheur au CR-HMR, s'est vu octroyer par le Réseau des centres d'excellence du Canada une subvention majeure de 15 M\$ sur cinq ans visant la création du *Centre de commercialisation en immunothérapie du cancer* (C3i). Ce Centre aura pour objectif d'accélérer l'accès des patients aux immunothérapies novatrices du cancer.

Rattaché au CR-HMR, ce centre sera une structure intégrée visant l'élaboration, l'application et la commercialisation de ces thérapies révolutionnaires.

Ainsi, C3i s'emploiera à contrer l'érosion de la compétitivité du Canada dans les marchés pharmaceutiques mondiaux.

À l'aide d'investissements canadiens et étrangers, il relancera l'élaboration d'essais cliniques et améliorera les activités de collaboration avec les filiales canadiennes des grandes entreprises pharmaceutiques.

Grâce au regroupement de laboratoires spécialisés et de nombreux patients, à une installation unique ayant la certification Bonnes pratiques de fabrication et à une vaste expertise en recherche et en entrepreneuriat, le C3i facilitera l'accès rapide des professionnels de la santé et des patients du Canada aux thérapies prometteuses qui sont à l'étape du développement.

Des partenariats importants établis entre le C3i et des entreprises pharmaceutiques ont déjà ouvert la voie à la réalisation au Canada des premiers essais cliniques utilisant des technologies de pointe basées sur la thérapie cellulaire, y compris les cellules CAR-T (cellules immunitaires fabriquées pour cibler le cancer).

Par son rayonnement, C3i consolidera la place enviable du CR-HMR sur l'échiquier de la recherche en thérapie cellulaire canadienne.

Recrutement de deux nouveaux chercheurs

Voulant toujours accroître la qualité et la diversité de ses expertises dans ses axes d'excellence, le Centre de recherche a procédé aux recrutements de deux nouveaux chercheurs au cours de l'année 2015-2016.

Le recrutement du D^r Laurin a permis la création d'une unité de recherche en maladies glomérulaires. Ce néphrologue, diplômé de l'Université de Montréal et détenteur d'une maîtrise en épidémiologie de l'Université McGill, a déjà participé depuis son arrivée à la création d'un Registre des maladies glomérulaires - Québec. Ce registre qui répertorie tous les cas de glomérulopathies diagnostiquées par biopsie de la grande région de Montréal, couvrant ainsi une population d'environ 4 000 000 de personnes, sera le fer de lance pour ses études épidémiologiques, cliniques et pharmacologiques.

L'arrivée du professeur Christopher Rudd, Ph.D., peut être considérée comme un recrutement majeur. Ce chercheur senior a œuvré une bonne partie de sa carrière dans deux des plus grandes universités du monde, Harvard et Cambridge. Biochimiste et immunologiste de formation, il est considéré comme un leader international dans l'étude des voies de signalisation intracellulaire qui régissent les fonctions des lymphocytes. Son expertise viendra ainsi compléter celle du groupe de chercheurs en biologie des lymphocytes T, ce qui représente un atout majeur pour le développement de nouvelles thérapies cellulaires et pour la formation de personnel hautement qualifié en immunologie.

Les activités majeures réalisées dans chacun de nos axes de recherche :

- Immunologie-oncologie

Cancer du pancréas : importante percée dans la compréhension des mécanismes moléculaires menant à la maladie

Le cancer du pancréas compte parmi les cancers dont le pronostic est le plus sombre. Mais une percée récente effectuée par deux équipes de chercheurs dont une du CR-HMR ouvre la voie à une meilleure compréhension des mécanismes moléculaires qui mènent au développement de ce cancer.

Cette recherche biomédicale, menée conjointement par les groupes des docteurs Frédérick Antoine Mallette (Centre de recherche HMR) et Stéphane Richard (Institut Lady Davis pour la recherche médicale) et publiée dans la revue scientifique *Cell Reports* a montré que l'expression d'une petite molécule d'acide ribonucléique nommée miR-137 est fréquemment perdue dans les tumeurs du pancréas. Cette molécule est en fait responsable de l'établissement d'un mécanisme de défense contre le cancer nommé sénescence cellulaire, qui fait obstacle à la formation du cancer. Or, la perte de miR-137 coopère avec différentes mutations fréquemment observées dans les tumeurs du pancréas pour ouvrir la porte à la croissance incontrôlée des cellules, menant ainsi au cancer.

Ces travaux conjoints, effectués par le doctorant Mathieu Neault, ont aussi permis de démontrer que le rétablissement des niveaux normaux de miR-137 dans les cellules cancéreuses du pancréas permet de freiner leur prolifération et de stimuler la sénescence cellulaire, et, donc, la protection des cellules.

Stopper la prolifération des cellules cancéreuses

Les dommages à l'ADN peuvent conduire à l'inactivation ou à la dérégulation de gènes et causer diverses maladies telles que le cancer. Plusieurs mécanismes de réparation de l'ADN permettent par contre aux cellules de survivre à ces dommages.

Une étude dirigée par Antoine Simoneau, du laboratoire du Dr Hugo Wurtele, chercheur au CR-HMR et récemment publiée dans la prestigieuse revue *Nucleic Acids Research*, fournit de précieux renseignements sur certains mécanismes gouvernant la réparation de l'ADN.

Des recherches récentes démontrent que de nouveaux médicaments du type inhibiteurs de déacétylases d'histones (HDAC), qui influencent la chromatine, sont prometteurs pour le traitement du cancer.

Par leurs expériences, l'équipe du Dr Wurtele a démontré que l'inhibition des HDAC de classe III, qui agissent sur divers processus cellulaires en jeu dans la carcinogénèse et la réponse aux agents de chimiothérapie, bloque fortement

la prolifération des cellules en prévenant le fonctionnement normal de divers facteurs en cause dans la réponse aux dommages à l'ADN générés de façon spontanée par le métabolisme cellulaire.

Ces observations guideront les études à venir du laboratoire du Dr Wurtele pour tenter de déterminer comment cette nouvelle classe de médicaments inhibe la croissance des cellules cancéreuses.

- Néphrologie

Projet Vitrine

La Dr^e Kelley Kilpatrick, détentrice d'un diplôme de doctorat en sciences infirmières de l'École des sciences infirmières de l'Université McGill, est à la tête du Projet Vitrine. Soutenu par des établissements des régions de Montréal, de la Montérégie, de Chaudière-Appalaches, de la Mauricie, des Laurentides et par le MSSS, ce projet de recherche action porte sur « L'introduction d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne dans les unités des soins de longue durée au Québec ».

- Santé de la vision

Prix André-Dupont

Docteur Mike (Przemyslaw) Sapieha, chercheur au Centre de recherche de l'HMR, a reçu, le 25 septembre 2015, le prix du jeune chercheur André-Dupont.

Le prix André-Dupont est remis annuellement à un jeune chercheur pour l'excellence de ses travaux dans le domaine de la recherche biomédicale et n'ayant pas plus de dix ans d'expérience comme chercheur autonome en santé de la vision.

Le Dr Sapieha, Ph.D., est directeur de l'Unité de recherche sur les maladies neurovasculaires oculaires au CR-HMR et titulaire de la Chaire de recherche du Canada en biologie cellulaire de la rétine. Il est également professeur agrégé aux départements d'ophtalmologie et de biochimie de l'Université de Montréal ainsi que professeur associé en neurologie et neurochirurgie à l'Université McGill.

Les recherches du docteur Sapieha portent sur l'élucidation des causes de maladies vasculaires de la rétine, telles que la rétinopathie diabétique et la dégénérescence maculaire liée à l'âge. Ces maladies représentent les principales causes de perte de vision dans les pays développés. À ce jour, il a publié près de 60 articles scientifiques dans des journaux très réputés, tels que *Cell Metabolism*, *Nature Medicine*, *Science Translational Medicine*, *Journal of Clinical Investigation*, *Blood* et *Circulation*.

Des chercheurs du CR-HMR ont réussi à reproduire des photorécepteurs à partir de cellules souches embryonnaires humaines.

La dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), une affection oculaire très connue touchée par la perte des cônes, pourrait être traitée par la transplantation de photorécepteurs produits à partir de la différenciation dirigée de cellules souches. L'expérience vient d'être tentée avec succès sur des modèles animaux par l'équipe du Dr Gilbert Bernier du CR-HMR. Cependant leur vraie découverte est d'avoir réussi à reproduire *in vitro* une proportion incroyable de cellules rétinienne sensibles à la lumière avec des cellules souches embryonnaires humaines.

Afin de valider la méthode, le chercheur a injecté des amas de cellules rétinienne dans les yeux de souris saines. Les photorécepteurs transplantés ont migré naturellement dans la rétine de leur hôte.

La transplantation de cônes pourrait représenter une solution thérapeutique pour les pathologies rétinienne dans lesquelles les cellules photoréceptrices dégèrent. À ce jour, il était difficile d'obtenir en abondance des cônes humains. Cette découverte permet de contrer ce problème. Avec, à la clé, l'espoir d'un traitement pour les patients souffrant de maladies dégénératives incurables, comme la maladie de Stargardt et la DMLA.

Cette percée scientifique a été rapportée dans la revue scientifique *Development* du 6 octobre 2015.

▪ Neurobiologie et cognition

Les chercheurs de l'axe dirigent actuellement 24 projets de recherche. Plusieurs d'entre eux ont participé à titre de conférencier à des congrès sur le syndrome de Tourette (Dr Pierre Blanchet, Marc Lavoie, *1st World Congress on Tourette Syndrome and Tic Disorders*, Londres), l'autisme (Dr Laurent Mottron, France; Jacob Burack, Salt Lake City) ou le développement chez l'enfant (Jacob Burack, Isabelle Ouellet-Morin, *Society of Research on Child Development* à Philadelphie). Christian Joyal a présenté ses résultats en Belgique et au Québec sur les thèmes de la délinquance sexuelle et du fantasme sexuel. Le Dr Alexandre Dumais, psychiatre et chercheur au CRIUSS, a traité des mécanismes cérébraux de la violence et de l'impulsivité dans la schizophrénie (Manchester et Montréal), alors que Stéphane Potvin et son équipe ont participé à plus d'une vingtaine de conférences sur le thème de la schizophrénie, au Québec et à l'étranger. Adrianna Mendrek a été invitée à une conférence pour traiter des différences hommes/femmes dans la schizophrénie (Italie, *Mediterranean Neuroscience Society Conference*) et de l'addiction aux drogues (Sherbrooke), ainsi que des processus cognitifs et émotionnels dans la schizophrénie (Italie). Enfin, R. Godbout a traité des troubles du sommeil chez l'enfant à l'occasion de la *Conference of the Canadian Sleep Society* à Toronto.

▪ Traitement et réadaptation adaptés aux populations

Les chercheurs de l'axe dirigent ou codirigent actuellement 25 projets de recherche. Les membres de l'axe ont participé à une cinquantaine de rencontres organisées au

Québec et à l'international pour offrir des séances de formation ou de sensibilisation. Janie Houle, Ph.D., a participé, à titre de conférencière invitée, à une quinzaine de ces rencontres. Réal Labelle, Ph.D., a participé, à titre de professeur invité, à une deuxième mission d'enseignement au Département de psychologie de l'Université catholique de Madagascar. Tania Lecomte, Ph.D., a été invitée à offrir une formation sur les thérapies cognitivo-comportementales de groupe à Lyon, en France. Elle a également publié un livre sur le même sujet chez Oxford Press. Les membres de l'axe ont présenté leurs résultats de recherche à l'occasion d'une trentaine de colloques et de conférences organisés en Amérique et outre-mer, dont Julie Leclerc, qui a été invitée à prononcer une conférence sur le traitement cognitivo-comportemental des enfants atteints du syndrome de la Tourette au premier congrès international portant sur le syndrome Tourette et les tics chroniques, présenté à Londres. D'autres chercheurs ont participé à près d'une quarantaine d'entrevues et de reportages dans les médias. Christophe Fortin, Ph.D. (équipe de Stéphane Guay) a participé à une quinzaine de ces entrevues à la suite de fusillades survenues à Paris et en Virginie aux États-Unis. À six occasions, des chercheurs ont rencontré des membres des équipes de santé mentale adulte et jeunesse du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal dans le cadre de la communauté de pratique existante entre eux.

▪ Santé des populations et services

Les chercheurs ont participé à une quarantaine de conférences, en particulier sur la gestion des comportements agressifs chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves (Jean-Pierre Bonin, Grèce), la présentation d'un programme de prévention du suicide chez les personnes âgées (Richard Boyer, Irlande et États-Unis), la promotion de l'utilisation des données probantes sur les technologies en réadaptation (Catherine Briand, Espagne et France), les comportements suicidaires chez les détenus (Gilles Côté, Autriche; Jean Toupin, Italie), la diminution des mesures de contrôle en déficience intellectuelle (Caroline Larue, Autriche), l'évaluation des services en santé mentale (Alain Lesage, Espagne) ou la pleine citoyenneté (Jean-François Pelletier, France). Au niveau canadien, Alain Lesage a, entre autres, présenté ses travaux sur l'utilisation des données administratives en santé mentale (Ottawa) et les services en santé mentale offerts aux enfants et à leur famille (Edmonton). Enfin, des chercheurs ont été invités à Montréal à traiter de la prévention du suicide chez les personnes âgées et des impacts de la formation Oméga sur la qualité de vie des intervenants de l'IUSMM (Richard Boyer), des facteurs motivationnels chez les détenus suivant un programme correctionnel (Gilles Côté), des pratiques visant à réduire le recours aux mesures de contrôle (Caroline Larue), de la transformation des soins au chevet avec les patients grâce aux équipes de soins (Lavoie-Tremblay) ou de l'implantation de projets d'amélioration de la qualité des soins de première ligne (Brigitte Vachon). Les activités de la Communauté de pratique en épidémiologie psychosociale se sont poursuivies par la tenue de trois séminaires de formation ayant réuni une centaine de participants au Québec (Aline Drapeau).

Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

L'agrément

Le suivi des recommandations d'Agrément Canada découle de la visite du CSSS Lucille-Teasdale qui a eu lieu en novembre 2015. Les recommandations touchaient la gestion des médicaments. Les recommandations sont intégrées à l'intérieur de la démarche d'agrément du CIUSSS et les travaux se font de concert avec la Direction des services professionnels en lien avec la gestion des médicaments. Des travaux d'harmonisation des politiques et procédures ont débuté et se poursuivront au cours de l'année 2016-2017.

La sécurité des soins et des services

▪ Énoncé :

La qualité, la sécurité et l'excellence vont de pair pour le CIUSSS. Il renouvelle son engagement à offrir des soins et des services de qualité, sécuritaires et empreints de respect. Pour ce faire, l'établissement fait de la gestion intégrée des risques une priorité et s'assure que les efforts de tous convergent dans cette voie.

A. Les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents

Cette première année du CIUSSS a apporté de nouveaux défis. Notre CIUSSS utilise deux systèmes de déclaration des incidents-accidents (SISSS et Gesrisk) et l'effort de l'équipe de la gestion des risques a été de s'assurer que les déclarations soient faites en temps opportun. Le fort engagement de l'organisation en ce qui concerne la qualité et la sécurité s'est traduit notamment par une démarche de mise en commun des pratiques existantes en matière de gestion des risques et de la qualité et par la reconnaissance des expertises de tous les partenaires impliqués. À ce titre, l'établissement met en place les structures de fonctionnement, les ressources et les activités qui soutiennent ses orientations et en évaluent les résultats. Un suivi étroit est fait par l'équipe de gestion des risques sur des dossiers prioritaires (chutes, erreurs de médicaments, contentions, mesures d'urgence et développement des connaissances en gestion des risques). De plus, l'équipe de gestion des risques assure un suivi des plans d'action suite aux événements sentinelles auprès des intervenants concernés. Afin de rehausser la culture de sécurité et de sensibiliser le personnel à l'importance d'une culture de non-blâme au sein de notre organisation, une présentation sur la déclaration des incidents et accidents a été effectuée à tous les nouveaux employés.

B. Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art 118.1 LSSSS)

À cet effet, l'organisation poursuit ses travaux d'amélioration pour réduire les risques. Des mesures préventives et correctives visant l'amélioration de nos processus et le développement des compétences des équipes interdisciplinaires sont régulièrement mises en place pour prévenir les événements indésirables et les conséquences négatives liés à l'utilisation des mesures de contrôle. Le comité interdisciplinaire «Prévention des chutes et de l'utilisation des mesures de contrôle» du CIUSSS a comme mandat de déterminer et d'assurer une vigie sur l'utilisation exceptionnelle et sécuritaire des mesures de contrôle afin d'assurer une prestation sécuritaire de soins et de services et afin de répondre aux exigences des diverses instances, dont les normes d'Agrément Canada et les normes ministérielles pour la certification des centres d'hébergement. Enfin, le comité assurera le développement des meilleures pratiques en matière de recours exceptionnel aux mesures de contrôle, incluant l'utilisation de mesures de remplacement, les outils aidant la prise de décision et la surveillance clinique.

C. Les correctifs mis en place pour appliquer les recommandations du coroner

Durant l'année 2015-2016, notre établissement a reçu dix rapports du coroner, dont cinq comportant des recommandations d'amélioration. Les rapports du coroner ont confirmé la validité des mesures mises en place au CIUSSS visant la prévention de la récurrence des accidents semblables ainsi que l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins offerts aux patients. Par ailleurs, les recommandations générales du coroner qui visent l'ensemble des établissements de santé ont été analysées par l'équipe de gestion des risques. Les recommandations qui étaient applicables à notre CIUSSS (14 recommandations sur 23) ont également fait l'objet d'un suivi rigoureux de la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQEPE), du comité de vigilance et de la qualité et du comité de direction.

L'examen des plaintes et promotion des droits

L'année qui se termine a été marquée par une réorganisation du commissariat notamment par la planification et la réorganisation du travail, l'accueil de nouveau personnel, la fusion des bases de données et le rapatriement des archives.

- 607 plaintes reçues en 2015-2016; 543 ont été conclues en cours d'exercice.
- 691 motifs de plainte ont été répertoriés.
- 321 mesures d'amélioration ont été mises en place
- 3 recommandations ont été faites.
- 74,96 % des dossiers de plainte ont été traités à l'intérieur du délai légal de 45 jours.

Au cours de l'année 2015-2016, 2 447 motifs ont été étudiés et répartis selon le tableau suivant.

NOMBRE DE MOTIFS PAR TYPES DE DOSSIER

MOTIFS	PLAINTÉ	ASSISTANCE	INTERVENTION	CONSULTATION	TOTAL
Accessibilité	141	500	9	9	659
Aspect financier	28	49	2	6	85
Autres	3	18	2	9	32
Droits particuliers	36	296	9	69	410
Organisation du milieu et ressources matérielles	90	90	7	25	212
Relations interpersonnelles	143	99	15	14	271
Soins et services dispensés	250	453	32	43	778
TOTAL	691	1505	76	175	2 447

L'examen des plaintes et la promotion des droits par le médecin

- Les faits saillants traités par le médecin examinateur:
 - 138 plaintes reçues en 2015-2016;
 - 132 plaintes ont été conclues en cours d'exercice;
 - 142 motifs de plainte ont été répertoriés;
 - 25 mesures d'amélioration ont été mises en place;
 - 76,52 % des dossiers de plainte ont été traités à l'intérieur du délai légal de 45 jours.
- Le nombre de motifs de plainte par catégorie pour l'année 2015-2016

NOMBRE DE MOTIFS PAR PLAINTES MÉDICALES

MOTIFS DE PLAINTÉ	NOMBRE
Accessibilité	12
Autres	1
Droits particuliers	8
Organisation du milieu et ressources matérielles	1
Relations interpersonnelles	37
Soins et services dispensés	83
TOTAL	142

Au cours de l'année 2015-2016, 142 motifs de plainte médicale ont été étudiés et répartis selon le tableau ci-haut.

L'information et la consultation de la population

Rendre compte des modalités et des mécanismes mis en place par le centre intégré pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus (p. ex. : forum citoyen, etc.).

Information de la population

Au cours de la dernière année, le CIUSSS a organisé une gamme variée d'activités pour informer la population comme :

- l'animation d'atelier sur les saines habitudes de vie (alimentation-activité physique-tabac) dans des entreprises d'insertion socio-professionnelle du territoire;

- l'animation de kiosques de promotion des services préventifs, comme ceux du Centre d'abandon du tabagisme durant les cliniques de vaccination massive contre l'influenza, les événements d'été (fêtes de la famille, foire santé de la Maison d'Haïti, etc.), et les rencontres prénatales en collaboration avec les organisateurs communautaires;
- la présentation de l'offre de services de première ligne et du système de santé québécois dans des organismes d'accueil aux immigrants dans l'Est;
- la tenue de forums de participation citoyenne, comme celui sur les habitudes de recours à l'urgence;
- le soutien à une semaine médiatique d'information grand public sur les conditions de vie, les déterminants de la santé dans l'est de Montréal, et le recours à l'urgence (Radio-Canada Télé, Radio, RDI en direct, MaTV, Journal Métro).

Contribution de la population

Au cours de la dernière année, le CIUSSS a organisé une gamme variée d'activités pour stimuler la contribution de la population à l'amélioration de l'organisation des services, comme :

- le recrutement de patients/usagers partenaires et de citoyens ayant un intérêt pour le développement de la santé globale des communautés. Plusieurs personnes issues de différents milieux ont ainsi pu participer à des comités d'orientation des soins et services (mourir dans la dignité, tabagisme chez les jeunes);
- la participation de représentants de la communauté haïtienne-créole pour la conception d'outils intégrant les saines habitudes alimentaires aux pratiques culturelles culinaires;
- la tenue de groupes de discussion pour cerner des pistes d'amélioration des services comme les personnes hémodialysées, les grands utilisateurs de l'urgence, les personnes les plus désaffiliées du système de la santé (itinérance et travail du sexe), les résidents d'un quartier au prise avec une problématique de santé publique (insalubrité);
- les rencontres des conseils et des responsables des neuf tables de quartier qui œuvrent dans l'est de l'île de Montréal et l'établissement de liens de collaboration dans le cadre d'une nouvelle instance avec le milieu municipal : le conseil local citoyen en santé.

Personnes mises sous garde

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DE MONTRÉAL

Nombre de mises sous garde préventive ou provisoire	377
Nombre de mises sous garde suite à une ordonnance pour évaluation psychiatrique (client arrivé avec ordonnance d'évaluation)	46
Total des gardes en établissement	423

Nombre de désistement (incluant une garde préventive et un ou deux examens psychiatriques)	58
Nombre de renouvellement de la garde en établissement	77

Nombre de clients vus par le Tribunal administratif du Québec (Commission d'examen des troubles mentaux, sections affaires sociales)	143
Nombre de clients en détention avant l'audience	56
Verdict détention avec modalités	26
Verdict libération avec modalités + délégation de pouvoir	70
Verdict libération avec modalités sans délégation de pouvoir	27
Verdict libération inconditionnelle (n'est plus sous TAQ)	20

HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT

Nombre de mises sous garde préventive ou provisoire	24
Nombre de mises sous garde suite à une ordonnance pour évaluation psychiatrique (client arrivé avec ordonnance d'évaluation)	Info non disponible
Total des gardes en établissement*	24

Nombre de désistement (incluant une garde préventive et un ou deux examens psychiatriques)	1
Nombre de renouvellement de la garde en établissement	9

* Les données sont celles de la période de janvier 2016 à mars 2016.

Application de la politique portant sur les soins de fin de vie

Résumé du rapport

Le président-directeur général doit, chaque année, 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 bref résumé des activités réalisées au CIUSSS-EMTL concernant l'aide médicale à mourir.

Les activités mise en place

Afin de répondre aux obligations de la *Loi sur les soins de fin de vie* le CIUSSS-EMTL a réalisé différentes activités et rédigé divers documents, et ce, en tenant compte des orientations émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux encadrant l'action des établissements dans l'organisation et l'offre des soins de fin de vie.

Voici une liste exhaustive des différentes activités mises en place par le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal au cours des six derniers mois, soit entre septembre 2015 et juin 2016 :

- détermination de la direction responsable, soit la Direction des services professionnels, de l'application de la Loi sur les soins de fin de vie;
- développement d'un programme clinique de soins palliatifs et de fin de vie;
- adoption du programme par le comité de direction du CIUSSS-EMTL;
- formation de 1073 médecins et professionnels;
- élaboration du protocole interdisciplinaire n° 5011 - Aide médicale à mourir et d'une ordonnance individuelle préformatée n° 3460 - Aide médicale à mourir;
- élaboration du protocole interdisciplinaire n° 5012 - Sédation palliative continue et d'une ordonnance individuelle préformatée n° 3461 - Sédation palliative continue;
- élaboration d'un registre de gestion de la pharmacothérapie pour l'aide médicale à mourir;
- publication d'informations relatives aux soins de vie sur le site web du CIUSSS à l'adresse suivante: <http://ciusssemtl.gouv.qc.ca/soins-services/soins-fin-de-vie/>
- élaboration d'une section Soins de fin de vie sur l'intranet du CIUSSS-EMTL où sont déposés différents outils de travail et lien Web vers le site Internet du MSSS;
- adaptation du code d'éthique afin de tenir compte des besoins de cette clientèle;

- mise sur pied d'un groupe interdisciplinaire de soutien (GIS) pour l'aide médicale à mourir.
- formation d'un comité directeur des soins palliatifs de fin de vie formé de 18 intervenants.

Le CIUSSS-EMTL a également mis sur pied le Groupe Interdisciplinaire de Soutien (GIS). Composé de seize intervenants (professionnels, médecins, proche patient), ce dernier offre un soutien clinique, administratif, légal et éthique de proximité aux professionnels de la santé impliqués dans l'offre de l'Aide médicale à mourir (AMM). Il accompagne également les équipes interdisciplinaires dans le cheminement clinique et administratif de toute demande d'aide médicale à mourir, aussi bien en établissement que hors établissement pour les patients en communauté. De plus, un soutien est offert aux décideurs de l'établissement quant à l'assurance de la qualité et de la disponibilité des ressources.

Les formations offertes

À la suite de l'adoption de la loi, les besoins de formations offertes aux professionnels de notre établissement ont été évalués et font maintenant partie du Plan de développement 2015-2020. Il importe pour le CIUSSS-EMTL d'assurer tout le soutien nécessaire aux intervenants, et ce, grâce à des outils et des sessions de formation adaptées à leurs besoins.

En plus des quatre formations obligatoires dispensées en webinaire par le MSSS auxquelles ont participé 667 personnes, le CIUSSS-EMTL a offert d'autres sessions de formation, avec le même plan de formation, s'adressant à toute la communauté du CIUSSS. Les séances de formations spécifiquement sur l'aide médicale à mourir ont eu une durée d'environ deux heures. Au total, 1 073 personnes ont été formées.

Ces formations ont été organisées pour démystifier l'offre de services afin de soutenir les médecins et les membres des différentes équipes. Des membres du GIS, notamment une éthicienne-conseil, une avocate-conseil, un pharmacien et des médecins, ont assuré une présence à toutes les formations afin d'exposer le mandat du GIS, de répondre directement aux questions et d'assurer un suivi auprès des personnes ayant formulé des préoccupations.

Plaintes formulées auprès de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité

Dans la Loi sur les soins de fin de vie, il existe une possibilité de recours juridique basé sur les critères d'éligibilité. Dans le cas où l'utilisateur est insatisfait du refus de son admissibilité à l'aide médicale à mourir, il doit être informé des recours légaux et pouvoir être dirigé vers la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. De plus, des précisions peuvent être obtenues en consultant les affaires juridiques du CIUSSS-EMTL.

Notons qu'aucune plainte n'a été formulée auprès de la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.

Demandes réalisées

Voici les informations reliées aux activités de soins de fin de vie depuis l'implantation des activités.

DEMANDES RÉALISÉES

ACTIVITÉS DE SOINS DE FIN DE VIE	NBRE
Personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	0
Sédations palliatives continues administrées	6
Demandes d'aide médicale à mourir formulées	19
Aides médicales à mourir administrées	15
Aides médicales à mourir qui n'ont pas été administrées:	4
Les motifs pour lesquels elles ne l'ont pas été:	
- patient ayant changé d'idée	3
- patient décédé avant l'administration du soin	1

Résultats : entente de gestion et d'imputabilité

Les attentes spécifiques

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 1		Mise en œuvre de la Loi
Priorité	Livrable attendu	État d'avancement
1.1 Procédures internes du conseil d'administration	Liste des règlements et procédures ayant fait l'objet d'une révision	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.2 Mise en place de différents comités exécutifs	Liste des membres pour les comités exécutifs transitoires (CMDP) - (CM) - (CII)	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.3 Examen des plaintes	Processus adoptés pour l'examen des plaintes et pour l'examen des plaintes envers un médecin, dentiste ou pharmacien	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.4 Accès à l'information	Nommer un responsable de l'accès à l'information	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.5 Coordination des réseaux territoriaux de santé et de services sociaux	Liste des activités réalisées au cours de l'année	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.6 Privilèges des médecins et des dentistes	Lettre de confirmation de la mise à jour des privilèges des médecins et dentistes	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.7 Nomination des pharmaciens	Lettre de confirmation de la mise à jour des nominations des pharmaciens	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.8 Programme d'accès en langue anglaise	ANNULÉ	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.9 Assurance de la responsabilité civile	Preuve d'assurance de la responsabilité civile	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
1.10 Ressources humaines des établissements regroupés	Lettre de confirmation de réalisation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné

Commentaires pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 2	Santé publique
------------------	-----------------------

<i>Priorité</i>	<i>Livrable attendu</i>	<i>État d'avancement des résultats</i>
2.1 Priorité régionales en matière de prévention	Bilans qualitatifs	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné

Commentaires pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

Nom du responsable : Adam Mongodin

Date : 2016-06-03

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 3	Services sociaux
------------------	-------------------------

<i>Priorité</i>	<i>Livrable attendu</i>	<i>État d'avancement</i>
3.1 Offre de services sociaux généraux	État de situation	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input checked="" type="checkbox"/> Pas concerné
3.2 Jeunes et leur famille	ANNULÉ	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input checked="" type="checkbox"/> Pas concerné
3.3 Personnes ayant une déficience - Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité	Outil de suivi d'implantation complété	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
3.4 Personnes ayant une déficience - Entente de collaboration entre établissements concernant la déficience physique, la déficience intellectuelle et le trouble du spectre de l'autisme	Ententes de collaboration signée avec les autres établissements, le cas échéant	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
3.5 Programme-services Dépendances	Suivi des exigences dans le cadre des rencontres de la table nationale de coordination en santé mentale, dépendances et itinérance	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
3.6 Personnes âgées - Repérage des personnes âgées de 75 ans et plus	État de situation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
3.7 Personnes âgées - L'évaluation à jour des besoins et l'élaboration de plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en CHSLD public	État de situation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
3.8 Personnes âgées - Le respect des balises à l'admission en CHSLD	État de situation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
3.9 Personnes âgées - Assurer la collaboration entre les centres intégrés de santé et de services sociaux et les Appuis régionaux	État de situation	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input checked="" type="checkbox"/> Pas concerné

Commentaires pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

Livrable 3.2 annulé tel qu'indiqué dans le bulletin de suivi des EGI volume 11 numéro 42.

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 4	Services de santé et médecine universitaire
------------------	--

<i>Priorité</i>	<i>Livrable attendu</i>	<i>État d'avancement</i>
4.1 Accès aux services spécialisés	ANNULÉ	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
4.2 Accès aux services ambulatoires en santé mentale	Validation du formulaire Gestred	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
4.3 Accès aux services de première ligne	Lettres de confirmation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
4.4 Continuum de services pour les personnes ayant subi ou à risque de subir un accident vasculaire cérébral	État de situation	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
4.5 Soins palliatifs de fin de vie	Lettre de confirmation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
4.6 Continuum de services en cardiologie (suivi)	ANNULÉ	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
4.7 Douleur chronique (suivi)	Plan d'action	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné

Commentaires pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

Nom du responsable : Christian Pepin

Date : 2016-06-07

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 5

Finances, Immobilisations et budget

<i>Priorité</i>	<i>Livrable attendu</i>	<i>État d'avancement</i>
5.1 Stratégie québécoise d'économie d'eau potable	Validation du formulaire Gestred	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné

Commentaires pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

Nom du responsable : Christian Pepin

Date : 2016-06-07

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 6	Coordination
------------------	---------------------

<i>Priorité</i>	<i>Livrable attendu</i>	<i>État d'avancement</i>
6.1 Politique ministérielle de sécurité civile	Transmission des données	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
6.2 Réseau d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile	1 – Plan de travail	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input checked="" type="checkbox"/> Pas concerné
	2 – Bilan des activités	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input checked="" type="checkbox"/> Pas concerné

Commentaires pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

Nom du responsable : Denis Boucher

Date : 2016-06-02

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 7	Planification, performance et qualité
------------------	--

<i>Priorité</i>	<i>Livrable attendu</i>	<i>État d'avancement</i>
7.1 Assurer la qualité et la sécurité des soins et des services	État de situation	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
7.2 Évaluer la performance – Suivi du tableau de bord performance RTS/RLS	ANNULÉ	<input type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné

Commentaires pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

Nom du responsable : Karine Girard

Date : 2016-06-03

Fiche de reddition de comptes 2015-2016

Section 8	Technologies de l'information
------------------	--------------------------------------

<i>Priorité</i>	<i>Livrable attendu</i>	<i>État d'avancement</i>
8.1 Dossier de santé du Québec (DSQ)	Déployer le DSQ Personnalisation pour chacun des établissements	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
8.2 Dossier clinique informatisé (DCI)	Plan de mise en place d'un DCI	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
8.3 Dossier médical électronique (DMÉ)	1 – Nom du responsable DMÉ	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
	2 – Plan de soutien	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
8.4 Réhaussement de l'identification des usagers et index patient organisationnel (IPO)	Plan d'évolution	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
8.5 La gouvernance et la gestion des ressources informationnelles	1 – Planification triennale des projets et activités en RI	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
	2 – Programmation annuelle des projets et activités en RI	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
	3 – Bilan annuel des réalisations en RI	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
	4 – État de santé des projets	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
8.6 Regroupement des ressources informationnelles	1 – État des lieux	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
	2 – Plan d'action pour le regroupement des RI	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
8.7 Mise à niveau d'infrastructures technologiques	Confirmation de la mise à niveau des postes de travail	<input checked="" type="checkbox"/> Réalisé <input type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné
8.8 Sécurité de l'information	Confirmation de la fin des travaux de mise en œuvre	<input type="checkbox"/> Réalisé <input checked="" type="checkbox"/> En cours de réalisation <input type="checkbox"/> Pas concerné

Commentaires pour chaque état d'avancement du résultat en cours de réalisation en incluant le pourcentage atteint ainsi que la date planifiée de la réalisation à 100 %.

8.1 DSQ: les travaux à l'interne sont finalisés concernant l'imagerie médicale. Nous sommes en attente de consignes au niveau régional par le Technocentre. La date planifiée de réalisation complète est inconnue.

8.3 DMÉ: nous avons un plan de soutien pour les GMF et UMF publics de notre CIUSSS.

8.7 Mise à niveau: l'ensemble du parc est à niveau mais, il reste quelques exceptions, quelques postes informatiques actuellement isolés du réseau qui ne pourront être traités avant quelques mois à cause de contraintes particulières

8.8 Sécurité de l'information – réseau d'alerte :

Globalement à 40%.

Les incidents de sécurité sont encore gérés par installation selon les anciens processus. Les mesures correctrices et les alertes sont faites selon les normes.

Nous venons tout juste d'implanter le système Octopus CIUSSS pour les demandes informatiques et le suivi de celles-ci. Les incidents de sécurité y seront inscrits dès détection et les mesures correctrices seront appliquées selon la nécessité de chaque situation. La nomenclature harmonisée des incidents et les principes énoncés dans la directive sur les incidents seront appliqués dans le paramétrage de notre système.

Nous entendons créer des alertes dans Octopus pour aviser notre personnel en sécurité de l'information (conseiller et officier). Personnel dont la dotation sera effective d'ici quelques semaines.

Il sera facile de répertorier, compiler et analyser les incidents de sécurité de l'information et d'aviser les niveaux décisionnels et opérationnels requis.

Il reste aussi à harmoniser la mécanique de traitement des incidents en dehors des heures ouvrables habituelles par des processus de garde cohérents et efficaces.

L'ensemble devrait être terminé à la fin octobre 2016.

Nom du responsable : Christian Pepin

Date : 2016-06-07

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention :	Sécurité et pertinence
-----------------------------	------------------------

Objectif de résultats :	8. Renforcer la prévention et le contrôle des infections reliées au séjour en milieu hospitalier
--------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2014-2015</i>	<i>Engagements 2015-2016</i>	<i>Résultats** 2015-2016</i>
1.01.19.01-PS Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	ND	100%	50%
1.01.19.02-PS Pourcentage des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	ND	100%	100%

Commentaires

1.01.19.01 DACD

HMR a un taux observé de 7,0 par 10000 jours présence par rapport au taux établi de 10,2. Engagement atteint.

HSCO dépasse le taux établi de 7,6 en atteignant un taux de 15,4. Engagement non-atteint.

Pour nous permettre de diminuer ce taux, nous avons démarré un comité de travail composé d'un gestionnaire du Service d'hygiène et salubrité, de cinq chefs de service, du gestionnaire du Service de prévention et contrôle des infections et de personnes *ad hoc* pour établir un plan d'action et mettre en application les éléments déterminés afin de diminuer le taux des cas nosocomiaux de diarrhées associées au Clostridium difficile. Une première rencontre a été réalisée en juin. Les rencontres se poursuivront mensuellement ou plus fréquemment selon les résultats.

Aussi, une nouvelle mesure est en vigueur depuis le 6 juin : les conseillères en soins infirmiers de l'installation réalisent un minimum de deux audits par semaine sur le lavage des mains sur les unités de soins. Les taux seront diffusés dans un tableau envoyé aux gestionnaires de l'installation à chaque fin de période.

1.01.19.02 SARM

Engagement atteint à HMR et HSCO.

Établissement : CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Personne ayant complété la fiche : Chantal Bellerose

Date : 2016-06-08

* Résultats en date du :

** Résultats en date du : 2016-06-01, bulletin de suivi des EGI

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention :	Prévention des infections
-----------------------------	---------------------------

Objectif de résultats :	3. Renforcer la prévention et le contrôle des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)
--------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2014-2015</i>	<i>Engagements 2015-2016</i>	<i>Résultats** 2015-2016</i>
1.01.24-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans	∅	935	1604

Commentaires

Engagement atteint.

Établissement : CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Personne ayant complété la fiche : Christian Pepin

Date : 2016-06-02

* Résultats en date du :

** Résultats en date du : TBIG P13

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention :	Première ligne et urgence
-----------------------------	---------------------------

Objectif de résultats :	4. Améliorer l'accès aux soins et aux services professionnels de première ligne
--------------------------------	---

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2014-2015</i>	<i>Engagements 2015-2016</i>	<i>Résultats** 2015-2016</i>
1.09.25-PS Nombre total de GMF	Ø	12	12
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille	Ø	46%	55,61%

Commentaires

Engagements atteints.

Établissement : CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Personne ayant complété la fiche : Christian Pepin

Date : 2016-06-02

* Résultats en date du :

** Résultats en date du : TBIG P13

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention :	Première ligne et urgence
-----------------------------	---------------------------

Objectif de résultats :	5. Réduire le temps d'attente à l'urgence
--------------------------------	---

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2014-2015</i>	<i>Engagements 2015-2016</i>	<i>Résultats** 2015-2016</i>
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	21,58	12	21,71
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de la prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures.	52,5%	52,5%	55,0%
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures.	49,1%	49,1%	49,5%

Commentaires	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ La DMS à l'urgence est un enjeu majeur, historique. Vaste projet organisationnel "Trajectoire optimale" et divers chantiers hospitaliers en cours pour accroître la fluidité de la clientèle. ➤ Beaucoup d'efforts (gestion dynamique des épisodes de soins) sont mis au niveau du volet de l'hospitalisation en courte durée afin de réduire les DMS et ainsi faciliter un accès plus rapide aux patients hospitalisés à partir des urgences. ➤ Chantier de planification des congés et grande implication de l'équipe SAPA afin de rediriger les patients NSA. ➤ Les deux autres engagements sont atteints. ➤ Dans le cadre de la loi 20, la prise en charge médicale à l'urgence devra s'améliorer davantage. Les médecins sont conscientisés. ➤ Les P4-P5 sont redirigés vers trois cliniques réseaux avec lesquelles des ententes viennent d'être reconduites 	
Établissement : CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	
Personne ayant complété la fiche : Sylvain Lemieux	Date : 2016-05-24

* Résultats en date du : TBIG 2014-2015 P13

** Résultats en date du : TBIG P13

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention :	Services spécialisés
-----------------------------	----------------------

Objectif de résultats :	6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables
--------------------------------	---

<i>Indicateurs (chirurgie)</i>	<i>Résultats* 2014-2015</i>	<i>Engagements 2015-2016</i>	<i>Résultats** 2015-2016</i>
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an -ensemble des chirurgies	1211	0	1283
1.09.32.01-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	11	0	10
1.09.32.02-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	16	0	15
1.09.32.03-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	13	0	17
1.09.32.04-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	846	0	961
1.09.32.05-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	325	0	280
1.09.32.06-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie bariatrique	0	0	0

Commentaires	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le plateau de Maisonneuve est très sollicité par toutes les spécialités chirurgicales. Avec la création du CIUSSS, un exercice complexe est requis afin de bien hiérarchiser les chirurgies selon les plateaux techniques requis et disponibles ainsi que le profil clinique du patient. ➤ Différentes actions ont été mises en place durant le courant de l'année afin de mieux coordonner les admissions de nos patients et la planification de leur congé et ainsi maintenir l'accessibilité aux lits d'hospitalisation. Notamment, implantation du programme PURR (ERAS) pour la chirurgie colorectale et déploiement dans d'autres spécialités. ➤ Nous sommes à mettre en place une équipe dédiée pour les césariennes afin de réduire le nombre de cas annulés par les césariennes d'urgence. ➤ Malgré l'augmentation des usagers en attente d'une arthroplastie, nous avons réalisé plus de chirurgies de la hanche cette année. Dans le cadre de l'entente avec Santa Cabrini, les usagers nécessitant une chirurgie plus complexe sont dirigés à l'HMR. À ce titre, toutes les révisions de prothèses sont réalisées à HMR. ➤ La zone franche avec CSSS Ahuntsic Montréal-Nord (CH Fleury) s'est terminée en novembre 2015. Les chirurgies pour cataractes ont été redirigées en partie à Santa Cabrini. Les patients en attente de chirurgie de la cataracte à l'HMR sont ceux qui ont une intensité de soins accrue et ceux-ci nécessitent un plateau technique plus lourd et le service d'un anesthésiologiste. ➤ Nous sommes à travailler activement les listes d'attente pour toutes les chirurgies et à en valider l'intégrité de même que l'indication ➤ Le plateau de Maisonneuve étant très sollicité, l'ouverture d'une salle additionnelle nous aidera grandement. Celle-ci est disponible physiquement mais est tributaire de la présence d'un anesthésiologiste. À cet effet, un PEM additionnel en anesthésiologie serait grandement facilitant. ➤ Une table des priorités opératoires du CIUSSS sera mise en route par la direction des services professionnels afin d'adresser la grande problématique des chirurgies en attente depuis plus de 1 an à HMR. ➤ Projet de réorganisation des blocs opératoires de HMR et Santa Cabrini visant la réduction du délai inter cas. ➤ Recrutement d'infirmières en salle d'opération et en salle de réveil en cours de réalisation afin d'être en mesure d'ouvrir une salle de chirurgie supplémentaire. 	
Établissement : CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	
Personne ayant complété la fiche : Sylvain Lemieux	Date : 2016-05-24

* Résultats en date du : TBIG 2014-2015 P13

** Résultats en date du : TBIG au 20 mai 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention :	Services spécialisés
-----------------------------	----------------------

Objectif de résultats :	6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables
--------------------------------	---

<i>Indicateurs (imagerie médicale)</i>	<i>Résultats* 2014-2015</i>	<i>Engagements 2015-2016</i>	<i>Résultats** 2015-2016</i>
1.09.34.01-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les graphies	100%	90%	100%
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies	40%	90%	30,2%
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques	56,8%	90%	80%
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales	100%	90%	97,7%
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques	42,8%	90%	36,3%
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires	60%	90%	83,3%
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies	52,4%	90%	52%
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomодensitométries	64,1%	90%	49,4%
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques	42,4%	90%	48,6%

Commentaires	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le secteur de l'échographie demeure précaire, et ce, malgré la mise en place d'une offre de service à PDI en échographie abdomino-pelvienne et thyroïdienne avec une technologie autonome. Le secteur de la thyroïde s'est d'ailleurs amélioré. ➤ Avec la création du CIUSSS, nous sommes à évaluer une utilisation plus soutenue de l'échographe de l'IUSMM. ➤ Pour l'échographie cardiaque, l'appareil de Santa Cabrini va être utilisé davantage par nos cardiologues. Un échographe cardiaque supplémentaire est grandement souhaité pour HMR. ➤ Quant au secteur de la tomодensitométrie, délais surtout marqués pour les coloscopies virtuelles et le rachis. Le troisième scan n'est pas pleinement opérationnel faute de budget. Un deuxième scan à HSCO serait bienvenu. Ces deux actions contribueraient à réduire les délais. Nous souhaitons du budget supplémentaire pour rendre accessible les 3 salles de scan de HMR jour et soir / 7 jrs. ➤ La proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies a diminué, ce que nous attribuons aux ressources médicales limitées, notamment en musculo-squelettique. ➤ Une de nos résonances magnétiques ne peut être pleinement opérationnelle et devra être changée prochainement. Un appel d'offres en IRM a eu lieu afin de permettre l'évaluation d'un appareillage convenable (multi sectorielle). ➤ Nous avons étendu nos horaires de travail lorsqu'il n'y a pas de pénurie de technologies. ➤ Nous avons embauché une compagnie de transcription pour diminuer le temps de transcription. ➤ Nous sommes ciblés pour la mise en place d'un CRDS en imagerie pour Montréal. Ceci aidera à évaluer la capacité résiduelle en termes de plages disponibles pour la région, notamment pour l'IRM. 	
Établissement : CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	
Personne ayant complété la fiche : Sylvain Lemieux	Date : 2016-05-24

* Résultats en date du : TBIG 2014-2015 P13

** Résultats en date du : projection de TBIG au 20 mai 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention :	Services spécialisés
-----------------------------	----------------------

Objectif de résultats :	7. Améliorer la survie des patients atteints de cancer
--------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2014-2015</i>	<i>Engagements 2015-2016</i>	<i>Résultats** 2015-2016</i>
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours	46,8%	90%	53,0%

Commentaires	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Légère progression par rapport au résultat de l'année dernière mais, nous sommes encore loin de la cible. ➤ La liste d'attente est analysée sur une base hebdomadaire depuis plusieurs mois par l'équipe du mécanisme d'accès et la DSP. ➤ Ceci a permis de valider l'intégrité des données saisies et de sensibiliser les équipes chirurgicales. ➤ Il y a des améliorations et globalement moins de chirurgies oncologiques en attente. ➤ Cependant, il faut noter que l'arrêt de la zone franche avec Fleury a un impact potentiel sur la chirurgie mammaire qui y était en partie réalisée. ➤ La révision de la programmation opératoire en fonction des plateaux techniques au sein du CIUSSS va permettre de réduire les attentes. 	
Établissement : CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	
Personne ayant complété la fiche : Sylvain Lemieux	Date : 2016-05-24

* Résultats en date du : TBIG 2014-2015 P13

** Résultats en date du : TBIG au 20 mai 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention :	Personnes âgées
-----------------------------	-----------------

Objectif de résultats :	10. Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée
--------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2014-2015</i>	<i>Engagements 2015-2016</i>	<i>Résultats** 2015-2016</i>
1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	Ø	9436	9774
1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	Ø	90%	48,4%

Commentaires

Atteinte de l'engagement de l'indicateur 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA).

Concernant l'indicateur 1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA), nous avons découvert en fin d'année une irrégularité dans l'extraction des données nécessaires au complètement du formulaire Gestred 530. La donnée envoyée à la mi-année était erronée, surévaluée. Idem pour nos outils de suivi internes qui ne révélaient pas la situation problématique réelle.

Aussi, un facteur contributif au faible résultat de l'indicateur concerne un rattrapage nécessaire dans nos équipes DI-TSA en termes de formation du personnel à l'OEMC-RSIPA et d'un blitz d'OEMC à faire auprès de la clientèle DI-TSA desservie.

Il importe de savoir que près de 50% de nos usagers qui n'ont pas un OEMC-PSIAS à jour depuis un an en ont un, dans les faits, réalisé à l'intérieur de 15 mois.

Pour 2016-2017, bien entendu, nous avons corrigé nos méthodes d'extraction de données et de production du formulaire Gestred 530 pour assurer la bonne validité du résultat. Et nous assurerons un suivi périodique rigoureux auprès des intervenants en débutant dès la période 1 avec l'envoi de bulletins individuels de caseload RSIPA.

Le rattrapage d'OEMC-PSIAS dans nos équipes DI-TSA devrait se terminer en juin prochain.

Nous assurerons une vigilance particulière pour respecter des dates de réévaluations en-dedans d'un an.

L'ensemble assurera une amélioration du résultat de cet indicateur dès la mi-année.

Établissement : CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Personne ayant complété la fiche : Julie Desrochers

Date : 2016-05-30

* Résultats en date du :

** Résultats en date du : TBIG P13

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention :	Personnes âgées
-----------------------------	-----------------

Objectif de résultats :	11. Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées
--------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2014-2015</i>	<i>Engagements 2015-2016</i>	<i>Résultats** 2015-2016</i>
1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	50%	50%	0%
1.03.10-PS Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale	100%	NA	100%

Commentaires

1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée :

Le sous-total du niveau d'atteinte de ces composantes à l'hôpital Maisonneuve-Rosemont se situe à 76% selon le récent formulaire Gestred transmis en fin d'année, ce qui représente une diminution de 19% par rapport à l'année dernière. Pour ce qui est de la composante 1, la structure AAPA a poursuivi ces activités. Toutefois, le plan de communication et les représentations auprès des conseils et syndicats ne furent pas reconduits en 2015-2016. Pour ce qui est de la composante 2, plusieurs membres «champions» sont toujours en présents auprès des équipes. Les médecins du programme de gériatrie sont très présents et disponibles, ainsi que d'autres professionnels : inf. au suivi intégré; inf. au repérage; CCSI; SST; service de liaison; intervenants réseaux; travailleurs sociaux; professionnels (physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes). Toutefois, les activités de pérennisation furent au ralenti compte tenu de la restructuration. La participation d'un leader médical est présente. Il faut toutefois poursuivre les activités de promotion, de sensibilisation et d'information. Pour ce qui est de la composante 6, différents audits furent faits dont l'audit sur la mobilité. Le comité d'experts avait la responsabilité d'analyser les données et de procéder aux recommandations. Chaque unité a identifié sa cible d'amélioration. Cette composante est facilement atteignable, plusieurs indicateurs de résultats sont disponibles et peuvent être suivis au cours de l'année.

Le sous-total de ces composantes pour l'hôpital Santa Cabrini se situe à 50%, ce qui représente une diminution de 25% par rapport à l'année précédente. Dans la composante 1, un plan d'action fut élaboré, mais peu actualisé compte tenu du départ du porteur de dossier local. La cible de 100% peut être atteinte en 2016-2017. Dans la composante 2, la restructuration a entraîné des changements dans les équipes (incluant les «champions» cliniques) et ralentit les travaux sur les critères d'accès et de priorisation aux professionnels et les consultations spécialisées (palier rouge). Pour ce qui est de la composante 6, différents audits furent faits dont l'audit sur la mobilité. Celle-ci est facilement atteignable, plusieurs indicateurs de résultats sont disponibles et peuvent être suivis au cours de l'année.

Pour 2016-2017 :

Dans l'organisation, plusieurs facteurs essentiels à la réussite sont présents dont l'engagement de la haute direction, la collaboration inter direction au niveau de la gouvernance AAPA et le leadership médical pour assurer la pérennité des actions. Outre le fait de consolider les acquis, des projets ont spécifiquement visés la personne âgée dont le projet de trajectoire optimale avec la révision de la prise en charge de la clientèle de 75 ans et plus et l'ajout d'une infirmière au repérage à l'HSCO. Le réaménagement des unités de soins à l'HMR prévoit systématiquement un corridor de marche et des bancs adaptés ont pu être installés dans les aires publiques. Tel que mentionné, la composante 6 est une composante relativement simple à pérenniser compte tenu des audits et indicateurs déjà en place.

Les activités de coaching et de transfert des acquis sur le terrain, la précision des critères de priorisation de l'équipe de professionnels et l'équipe de consultation en gériatrie, la formation PII (visant l'implication du patient et de ses proches), l'aide-mémoire pour la pharmacovigie, la consolidation du plan de travail du PAB sont des exemples d'actions à poursuivre à court terme.

L'engagement est atteint pour l'indicateur 1.03.10-PS Pourcentage des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale.

Établissement : CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Personne ayant complété la fiche : Danièle Bernard

Date : 2016-05-30

* Résultats en date du :

** Résultats en date du : TBIG P13

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention :	Personnes vulnérables
-----------------------------	-----------------------

Objectif de résultats :	12. Assurer des soins palliatifs et de fin de vie respectant les choix des personnes
--------------------------------	--

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2014-2015</i>	<i>Engagements 2015-2016</i>	<i>Résultats** 2015-2016</i>
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile	979	1040	962
1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fins de vie	∅	27	26

Commentaires	
<p>1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile</p> <p>Cible non atteinte. Nous sommes à la merci du nombre de références externes et internes pour lesquelles nous n'avons pas de contrôle. Cette clientèle est desservie rapidement avec très peu de délai.</p> <p>En 2016-2017, nous répondrons de façon diligente aux demandes de soins palliatifs et de fin de vie à domicile avec un panier de service conforme aux désirs ministériels..</p>	
<p>1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fins de vie</p> <p>La cible est pratiquement atteinte. Ce dossier fera l'objet d'un suivi particulier en 2016-2017 alors que nous avons récemment obtenu l'autorisation de développer le nombre de lits jusqu'à 54.</p> <p>Création du programme de soins palliatifs en cogestion médicale afin de mettre en œuvre le plan de développement 2016-2020.</p>	
Établissement : CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	
Personne ayant complété la fiche : Danièle Bernard	Date : 2016-05-30

* Résultats en date du :

** Résultats en date du : TBIG P13

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention :	Personnes vulnérables
-----------------------------	-----------------------

Objectif de résultats :	14. Améliorer la réponse aux besoins des personnes présentant des troubles mentaux graves
--------------------------------	---

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2014-2015</i>	<i>Engagements 2015-2016</i>	<i>Résultats** 2015-2016</i>
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère	∅	216	198
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère	∅	279	279

<i>Commentaires</i>
<p>La non-atteinte de l'indicateur 1.08.13-PS correspond à un intervenant et met en évidence différents éléments :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le résultat de 198 représente 11 intervenants (charge de cas de bas niveau – 18 usagers) et l'engagement de 216 représente 12 intervenants; L'importance de faire un état de situation sur l'offre de services SIV (et SIM) dans les différents sites suivant la création du CIUSSS. État de situation complété cette année. <p>Nous avons amorcé la consolidation de nos équipes, la démarche de définition de l'offre de services ainsi que des travaux visant à augmenter la charge de cas avant d'ajouter des effectifs aux équipes.</p> <p>Nous poursuivons les actions pour nous permettre d'atteindre la cible de l'année en cours.</p> <p>L'engagement concernant l'indicateur 1.08.14 est atteint.</p>
Établissement : CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Personne ayant complété la fiche : Amélie Felx
Date : 2016-06-10

* Résultats en date du :

** Résultats en date du : TBIG P13

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs du PS 2015-2020

Axe d'intervention :	Mobilisation du personnel
-----------------------------	---------------------------

Objectifs de résultats :	18. Favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau
---------------------------------	---

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2014-2015</i>	<i>Engagements 2015-2016</i>	<i>Résultats** 2015-2016</i>
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire	5,82	5,70	6,40
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	2,64	2,54	2,63
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	4,62	4,87	4,22

<i>Commentaires</i>
<p>3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire :</p> <p>L'assurance-salaire a augmenté pour 6 des 7 installations de notre CIUSSS. La mise en place du CIUSSS et les différentes réorganisations administratives et cliniques ont eu pour effet de rendre plus difficiles la gestion du personnel et le suivi des dossiers auprès des gestionnaires.</p> <p>Plusieurs éléments influencent l'atteinte de cet indicateur, mais nous savons que le suivi serré de la part des gestionnaires des équipes ainsi que de l'équipe de gestion des invalidités est un des éléments favorables. Or, la réorganisation clinique et administrative liée à la fusion des établissements et à la réduction du taux d'encadrement a généré plusieurs changements chez les gestionnaires et nous travaillons activement à implanter les meilleures pratiques dans l'ensemble de l'organisation.</p> <p>2016-2017 Avec la centralisation des équipes de santé et sécurité du travail, la centralisation des données de paie, financières et de ressources humaines ainsi que la consolidation des équipes suite aux réorganisations dans le CIUSSS, nous allons pouvoir plus facilement suivre les dossiers ainsi que les statistiques. Ces informations seront essentielles pour nous permettre de cibler les bonnes actions à mettre en place pour en réduire l'assurance-salaire (prévention et gestion des invalidités).</p> <p>3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires :</p> <p>La mise en place du CIUSSS et les différentes réorganisations administratives et cliniques, la difficulté à sortir les informations des financières/paie/ressources humaines ont eu pour effet d'augmenter le niveau de complexité à suivre l'utilisation du temps supplémentaire tant par titre d'emploi, par secteur, par quart de travail, etc.</p> <p>Malgré tout, la cible 2015-2016 des heures en temps supplémentaire a été atteinte à 98%.</p> <p>2016-2017 Avec la consolidation des équipes dans le CIUSSS et la centralisation des données financières, paie et ressources humaines nous allons pouvoir identifier les secteurs où prioriser nos actions pour obtenir des résultats à la baisse. Nous avons aussi l'intention de réduire l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante, ce qui aura un impact sur l'utilisation du temps supplémentaire. Malgré cela, nous considérons que la cible de 2,60% est adéquate et réaliste.</p> <p>Engagement atteint pour l'indicateur 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante.</p>
Établissement : CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Personne ayant complété la fiche : Jean-Philippe Ferland
Date : 2016-05-02

* Résultats en date du : Données transmises par le MSSS à la mi-mars

** Résultats en date du : TBIG au 20 mai 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Santé publique
------------------------------	----------------

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2014-2015</i>	<i>Engagements 2015-2016</i>	<i>Résultats** 2015-2016</i>
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	79,3%	52%	85,6%

Commentaires

Engagement atteint

Établissement : CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Personne ayant complété la fiche : Christian Pepin

Date : 2016-06-07

* Résultats en date du : TBIG 2014-2015 P13

** Résultats en date du : TBIG P13

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Santé publique – Prévention et contrôle des infections nosocomiales
------------------------------	---

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2014-2015</i>	<i>Engagements 2015-2016</i>	<i>Résultats** 2015-2016</i>
1.01.19.03-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	ND	100%	100%
1.01.25-EG2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ciblés ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	ND	100%	100%

Commentaires	
<p>1.01.19.03-EG2 bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs.</p> <p>Engagements atteints à HMR et HSCO.</p> <p>1.01.25-EG2 Comité PCI</p> <p>Engagement atteint. Comité CIUSSS qui couvre les deux hôpitaux.</p>	
Établissement : CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	
Personne ayant complété la fiche : Chantal Bellerose	Date : 2016-06-08

* Résultats en date du :

** Résultats en date du : 2016-06-01, bulletin de suivi des EGI

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Services généraux
------------------------------	-------------------

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2014-2015</i>	<i>Engagements 2015-2016</i>	<i>Résultats** 2015-2016</i>
1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins		NA	

Commentaires

Établissement :

Personne ayant complété la fiche :

Date :

* Résultats en date du :

** Résultats en date du :

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Dépendance
------------------------------	------------

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2014-2015</i>	<i>Engagements 2015-2016</i>	<i>Résultats** 2015-2016</i>
1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins		NA	

Commentaires

Établissement :

Personne ayant complété la fiche :

Date :

* Résultats en date du :

** Résultats en date du :

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Cardiologie tertiaire
------------------------------	-----------------------

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2014-2015</i>	<i>Engagements 2015-2016</i>	<i>Résultats** 2015-2016</i>
1.09.08A-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie A	100%	100%	99,6%
1.09.08B-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie B	99,94%	90%	100%
1.09.09A-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie A		NA	
1.09.09B-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque - Catégorie B		NA	
1.09.10A-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie A		NA	
1.09.10B-EG2 Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie - Catégorie B		NA	

Commentaires	
Engagements atteints.	
Établissement : CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	
Personne ayant complété la fiche : Christian Pepin	Date : 2016-06-07

* Résultats en date du : TBIG 2014-2015 P13

** Résultats en date du : TBIG P13

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Chirurgie oncologique
------------------------------	-----------------------

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2014-2015</i>	<i>Engagements 2015-2016</i>	<i>Résultats** 2015-2016</i>
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours	80,6%	100%	79,1%

Commentaires

- Légère progression par rapport au résultat de l'année dernière mais, nous sommes encore loin de la cible.
- La liste d'attente est analysée sur une base hebdomadaire depuis plusieurs mois par l'équipe du mécanisme d'accès et la DSP.
- Ceci a permis de valider l'intégrité des données saisies et de sensibiliser les équipes chirurgicales.
- Il y a des améliorations et globalement moins de chirurgies oncologiques en attente.
- Cependant, il faut noter que l'arrêt de la zone franche avec Fleury a un impact potentiel sur le chirurgie mammaire qui y était en partie réalisée.
- La révision de la programmation opératoire en fonction des plateaux techniques au sein du CIUSSS va permettre de réduire les attentes.

Établissement : CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Personne ayant complété la fiche : Sylvain Lemieux

Date : 2016-05-24

* Résultats en date du : TBIG 2014-2015 P13

** Résultats en date du : TBIG au 20 mai 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Déficiences
------------------------------	-------------

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2014-2015</i>	<i>Engagements 2015-2016</i>	<i>Résultats** 2015-2016</i>
1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	72,2%	90%	84,5%
1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDP pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS		NA	
1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS	91,1%	90%	80,7%
1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en CRDI pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS		NA	

1.45.04.01-EG2

En 2015-2016, une nette progression fut notée au niveau de la prise en charge de la clientèle qui présente une déficience physique. Cette progression de 12.3 % est principalement due à l'harmonisation du processus de validation des données et de priorisation des demandes pour l'ensemble des sept équipes de soutien à domicile des CLSC du CIUSSS.

La direction des programmes de Déficience intellectuelle, trouble de spectre de l'autisme et de la déficience physique regroupera, en juin 2016, les intervenants professionnels (physiothérapie, ergothérapie, travail social, nutrition) qui œuvrent auprès de la clientèle qui présente une DP afin de créer une équipe dédiée. Ce regroupement de professionnel sous la supervision d'un seul gestionnaire, permettra de finaliser l'harmonisation du processus de prise en charge en lien avec les critères du plan d'accès afin d'atteindre la cible de 90%.

1.45.05.01-EG2

Au cours de la dernière année, il y a eu une diminution du pourcentage de clients pris en charge à l'intérieur des délais du plan d'accès de l'ordre de 10.4% ce qui correspond à 23 clients. Quatre éléments expliquent cette situation en lien avec l'une des trois équipes :

- Le nombre de clients à priorisation élevée a doublé en 2015-2016, passant de 8 à 15.
- 30 nouveaux clients déménagés sur le territoire ont été pris en charge dans le délai prescrit par le plan d'accès (90 jours).
- L'absence maladie d'un intervenant pendant 8 semaines sans possibilité de remplacement en raison du manque de ressource a affecté la capacité de prise en charge de nouveaux clients par l'équipe.

En raison de tous ces éléments, l'équipe devait prendre en charge plus de 68 dossiers dans une période limitée d'où le dépassement de délais ce qui se traduit par une diminution du pourcentage de l'atteinte de la cible de l'entente de gestion.

La révision du mécanisme de suivi des dossiers en attributions permettra de faire un suivi plus rigoureux pour une prise en charge à l'intérieur des délais du plan d'accès.

Établissement : CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Personne ayant complété la fiche : Alain Gagnon

Date : 2016-05-20

* Résultats en date du : TBIG 2014-2015 P13

** Résultats en date du : TBIG 2016-05-19

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Hygiène et salubrité
------------------------------	----------------------

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2014-2015</i>	<i>Engagements 2015-2016</i>	<i>Résultats** 2015-2016</i>
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	50%	100%	100%

Commentaires

Engagement atteint.

Établissement : CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Personne ayant complété la fiche : Christian Pepin

Date : 2016-06-07

* Résultats en date du : TBIG 2014-2015 P13

** Résultats en date du : anticipation interne au 21 avril 2016

Fiche de reddition de comptes de l'EGI 2015-2016 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :	Ressources technologiques
------------------------------	---------------------------

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats* 2014-2015</i>	<i>Engagements 2015-2016</i>	<i>Résultats** 2015-2016</i>
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RSSS)		NA	

<i>Commentaires</i>

Établissement :

Personne ayant complété la fiche :	Date :
---	---------------

* Résultats en date du :

** Résultats en date du :

Les ressources humaines

Les ressources humaines de l'établissement

L'établissement présente les principales informations relatives aux ressources qui sont à son emploi. Pour la période d'avril 2015 à mars 2016, l'établissement rencontre la cible du total des heures rémunérées conformément à la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'État (LGCE), soit une réduction de plus de 1%.

PRÉSENTATION DES DONNÉES POUR LE SUIVI DE LA LOI SUR LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS

Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Comparaison de 2014-2015 à 2015-2016				
		Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1. Personnel d'encadrement	2014-15	1 012 819	2 332	1 015 151	558	660
	2015-16	870 584	1 687	872 271	479	592
	Variation	(14,0 %)	(27,6 %)	(14,1 %)	(14,1 %)	(10,3 %)
2. Personnel professionnel	2014-15	2 180 478	8 981	2 189 459	1 202	1 615
	2015-16	2 163 495	7 859	2 171 354	1 191	1 573
	Variation	(0,8 %)	(12,5 %)	(0,8 %)	(0,9 %)	(2,6 %)
3. Personnel infirmier	2014-15	5 925 415	246 536	6 171 951	3 177	4 279
	2015-16	5 955 290	243 882	6 199 172	3 195	4 256
	Variation	0,5 %	(1,1 %)	0,4 %	0,6 %	(0,5 %)
4. Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	10 043 672	145 208	10 188 880	5 554	7 710
	2015-16	10 010 221	139 915	10 150 135	5 535	7 465
	Variation	(0,3 %)	(3,6 %)	(0,4 %)	(0,3 %)	(3,2 %)
5. Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	2 377 434	22 504	2 399 938	1 213	1 818
	2015-16	2 304 487	25 943	2 330 429	1 176	1 772
	Variation	(3,1 %)	15,3 %	(2,9 %)	(3,0 %)	(2,5 %)
6. Étudiants et stagiaires	2014-15	38 170	145	38 316	21	142
	2015-16	32 331	65	32 397	18	123
	Variation	(15,3 %)	(55,1 %)	(15,4 %)	(15,4 %)	(13,4 %)
TOTAL DU PERSONNEL	2014-15	21 577 989	425 706	22 003 695	11 725	15 864
	2015-16	21 336 407	419 351	21 755 758	11 595	15 456
	Variation	(1,1 %)	(1,5 %)	(1,1 %)	(1,1 %)	(2,6 %)

Contrat de services

Loi sur la gestion et contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'état – Contrats de service au 31 mars 2016

Contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus conclus entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016

	Nombre	Valeur
Contrat de services avec une personne physique ¹	1	97 370,00 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique ²	28	2 509 291,71 \$
TOTAL des contrats de service	29	2 606 661,71 \$

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.

Les ressources financières

États financiers

Rapport de la direction

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

Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

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

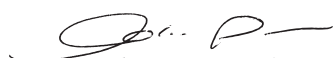
La direction du Centre intégré universitaire en santé et services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

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

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



Président-directeur général



Directrice des ressources financières

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc	
	1	2	3	4	5	
REVENUS						
Subventions MSSS (FI:P408)	1	1 042 909 564	1 001 302 454	48 381 548	1 049 684 002	1 062 176 554
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2	6 206 944	5 908 400	59 753	5 968 153	6 183 305
Contributions des usagers	3	69 102 489	68 998 001	XXXX	68 998 001	67 728 269
Ventes de services et recouvrements	4	11 537 182	14 518 941	XXXX	14 518 941	15 277 319
Donations (FI:P294)	5	3 485 835	260 734	3 525 498	3 786 232	3 951 962
Revenus de placement (FI:P302)	6	628 018	799 380	57 959	857 339	961 817
Revenus de type commercial	7	3 434 160	5 863 121		5 863 121	3 348 584
Gain sur disposition (FI:P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	38 576 093	36 184 681	929 434	37 114 115	38 374 780
TOTAL (L.01 à L.11)	12	1 175 880 285	1 133 835 712	52 954 192	1 186 789 904	1 198 002 590
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	777 799 647	792 686 243	XXXX	792 686 243	795 466 209
Médicaments	14	39 377 295	39 626 009	XXXX	39 626 009	39 466 423
Produits sanguins	15	21 672 975	24 534 375	XXXX	24 534 375	23 731 352
Fournitures médicales et chirurgicales	16	43 919 249	45 653 538	XXXX	45 653 538	46 679 794
Denrées alimentaires	17	12 473 705	12 685 041	XXXX	12 685 041	12 589 143
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	64 739 353	66 497 701	XXXX	66 497 701	63 874 700
Frais financiers (FI:P325)	19	14 324 721	828 436	13 394 430	14 222 866	14 555 821
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	14 994 223	21 406 505	1 174 791	22 581 296	15 782 744
Créances douteuses	21	1 358 408	2 335 540	XXXX	2 335 540	1 829 563
Loyers	22	17 455 581	17 885 445	XXXX	17 885 445	17 806 743
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	43 054 305	XXXX	37 703 167	37 703 167	41 312 557
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX	105 835	105 835	398 213
Dépenses de transfert	25		4 550 543	XXXX	4 550 543	
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	123 669 255	109 030 446	(84 002)	108 946 444	125 157 007
TOTAL (L.13 à L.27)	28	1 174 838 717	1 137 719 822	52 294 221	1 190 014 043	1 198 650 269
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	1 041 568	(3 884 110)	659 971	(3 224 139)	(647 679)

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

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.péc.	
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(50 444 366)	35 054 967	(15 389 399)	(14 741 720)	Notes
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(50 444 366)	35 054 967	(15 389 399)	(14 741 720)	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	(3 884 110)	659 971	(3 224 139)	(647 679)	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7	(1 400 931)	1 400 931	0		34
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10	(1 400 931)	1 400 931			
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	(55 729 407)	37 115 869	(18 613 538)	(15 389 399)	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX	5 198 734	2 851 353	
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	(23 812 272)	(18 240 752)	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	(18 613 538)	(15 389 399)	

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	40 899 917	(3 717 034)	37 182 883	44 745 607
Placements temporaires	2	5 258 030	4 597 752	9 855 782	14 156 820
Débiteurs - MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	58 899 834	10 354 195	69 254 029	82 626 010
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	30 372 339	6 936 315	37 308 654	30 558 851
Avances de fonds aux établissements publics	5	XXXX			
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	(7 350 986)	7 350 986	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	77 494 029	24 336 683	101 830 712	96 764 937
Placements de portefeuille	8	22 000 000		22 000 000	17 000 000
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	1 653 198	1 653 198	1 679 558
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	2 645 853	1 075 201	3 721 054	3 914 169
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	230 219 016	52 587 296	282 806 312	291 445 952
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14	86 000 000	115 131 668	201 131 668	157 737 291
Créditeurs - MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	101 451 449	6 980 344	108 431 793	123 991 197
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	17	XXXX			32 740 458
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18	50 823	3 110 373	3 161 196	3 373 858
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	18 413 046	30 255 516	48 668 562	53 103 193
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	457 880 250	457 880 250	431 126 304
Passif au titre des sites contaminés (FI: P401)	22	XXXX	7 251 389	7 251 389	7 335 391
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	91 129 039	XXXX	91 129 039	89 601 242
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	988 263		988 263	739 243
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	298 032 620	620 609 540	918 642 160	899 748 177
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(67 813 604)	(568 022 244)	(635 835 848)	(608 302 225)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	605 138 113	605 138 113	577 675 209
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	9 345 604	XXXX	9 345 604	9 010 841
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	2 738 593		2 738 593	6 226 776
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	12 084 197	605 138 113	617 222 310	592 912 826
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	(55 729 407)	37 115 869	(18 613 538)	(15 389 399)

Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)

Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

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

		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(66 977 708)	(66 977 708)	(541 324 517)	(608 302 225)	(579 114 210)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4	(66 977 708)	(66 977 708)	(541 324 517)	(608 302 225)	(579 114 210)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5	1 041 568	(3 884 110)	659 971	(3 224 139)	(647 679)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6	(47 889 854)	XXXX	(65 299 542)	(65 299 542)	(68 825 739)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7	43 054 305	XXXX	37 703 167	37 703 167	41 312 557
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX	105 835	105 835	398 213
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX	27 636	27 636	
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
Ajustements des immobilisations	11		XXXX			
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	(4 835 549)	XXXX	(27 462 904)	(27 462 904)	(27 114 969)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15	(16 979 100)	(24 047 764)	XXXX	(24 047 764)	(55 558 076)
Acquisition de frais payés d'avance	16	17 055 159	(2 988 074)		(2 988 074)	(5 696 947)
Utilisation de stocks de fournitures	17	(3 526 559)	23 713 001	XXXX	23 713 001	55 514 607
Utilisation de frais payés d'avance	18	3 551 749	6 476 257		6 476 257	4 315 049
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19	101 249	3 153 420		3 153 420	(1 425 367)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20		(1 400 931)	1 400 931	0	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	(3 692 732)	(2 131 621)	(25 402 002)	(27 533 623)	(29 188 015)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(70 670 440)	(69 109 329)	(566 726 519)	(635 835 848)	(608 302 225)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT				
Surplus (déficit) de l'exercice	1	(3 224 139)	(647 679)	
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:				
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2			
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	3 153 420	(1 425 367)	
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4	105 835	398 213	
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5			
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:				
- Gouvernement du Canada	6	(59 753)	368 116	
- Autres	7	(746 389)	727 543	
Amortissement des immobilisations	8	37 703 167	41 312 557	
Réduction pour moins-value des immobilisations	9			
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	289 905	205 806	
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11			
Subventions MSSS	12	(5 200 210)	(19 324 320)	
Autres (préciser P297)	13	27 193		
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	35 273 168	22 262 548	
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	(43 666 625)	55 333 902	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	(11 617 596)	76 948 771	
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS				
Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	17	(65 299 542)	(70 684 894)	
Produits de disposition d'immobilisations	18	27 636		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(65 271 906)	(70 684 894)	
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT				
Variation des placements temporaires dont l'échéance est supérieure à 3 mois	20			
Placements de portefeuille effectués	21	(10 000 000)	(7 000 000)	
Produits de disposition de placements de portefeuille	22			
Placements de portefeuille réalisés	23	5 000 000	5 000 000	
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24	(5 000 000)	(2 000 000)	

35

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT				
Dettes à long terme - Emprunts effectués	1	51 419 221	87 135 383	
Dettes à long terme - Emprunts remboursés	2	(24 665 274)	(58 441 634)	
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	3	(42 062)	(105 180)	
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	4	(300 000)	(22 700 000)	
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	5	94 131 356	82 700 945	
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	6	(50 517 501)	(80 726 274)	
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	7			
Autres (préciser P297)	8		(48 864)	36
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.08)	9	70 025 740	7 814 376	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.09)	10	(11 863 762)	12 078 253	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	11	58 902 427	46 824 174	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.10 + L.11)	12	47 038 665	58 902 427	
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:				
Encaisse	13	37 182 883	44 745 607	
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	14	9 855 782	14 156 820	
TOTAL (L.13 + L.14)	15	47 038 665	58 902 427	

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:				
Débiteurs - MSSS	1	13 371 981	28 827 568	
Autres débiteurs	2	(6 749 803)	366 490	
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3	134 435	517 652	
Frais reportés liés aux dettes	4	(221 483)	(446 639)	
Autres éléments d'actifs	5	193 115	3 584 376	
Créditeurs - MSSS	6		4 575	
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	(15 559 404)	11 377 358	
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	8	(32 659 936)	11 079 782	
Intérêts courus à payer	9	(212 662)	(455 138)	
Revenus reportés	10	(3 655 683)	1 487 563	
Passif au titre des sites contaminés	11	(84 002)	96 304	
Passif au titre des avantages sociaux futurs	12	1 527 797	(414 413)	
Autres éléments de passifs	13	249 020	(691 576)	
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13)	14	(43 666 625)	55 333 902	
AUTRES RENSEIGNEMENTS:				
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	15	6 554 363	6 659 712	
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	16			
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie (préciser P297)	17			
Intérêts:				
Intérêts créditeurs (revenus)	18	2 483 193	2 597 446	
Intérêts encaissés (revenus)	19	7 670 239	7 521 164	
Intérêts débiteurs (dépenses)	20	7 702 873	7 191 337	
Intérêts déboursés (dépenses)	21	12 483 098	12 593 263	

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent	
	1	2	3	4	5	
REVENUS						
Subventions MSSS (P362)	1	985 217 298	1 000 927 352	375 102	1 001 302 454	1 002 800 841
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2	6 183 939		5 908 400	5 908 400	6 139 224
Contributions des usagers (P301)	3	69 102 489	68 998 001	XXXX	68 998 001	67 728 269
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	11 537 182	14 518 941	XXXX	14 518 941	15 277 319
Donations (C2:P290/C3:P291)	5		260 734		260 734	338 661
Revenus de placement (P302)	6	555 000	799 380		799 380	896 436
Revenus de type commercial (P351)	7	3 434 160	XXXX	5 863 121	5 863 121	3 348 584
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	38 320 767	4 128 445	32 056 236	36 184 681	38 119 469
TOTAL (L.01 à L.11)	12	1 114 350 835	1 089 632 853	44 202 859	1 133 835 712	1 134 648 803
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	777 799 647	764 882 101	27 804 142	792 686 243	795 466 209
Médicaments (P750)	14	39 377 295	39 626 009	XXXX	39 626 009	39 466 423
Produits sanguins	15	21 672 975	24 534 375	XXXX	24 534 375	23 731 352
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	43 919 249	45 653 538	XXXX	45 653 538	46 679 794
Denrées alimentaires	17	12 473 705	12 685 041	XXXX	12 685 041	12 589 143
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	64 739 353	66 497 701	XXXX	66 497 701	63 874 700
Frais financiers (P325)	19	1 062 000	828 436	XXXX	828 436	1 238 069
Entretien et réparations (P325)	20	10 949 135	21 159 226	247 279	21 406 505	12 474 225
Créances douteuses (C2:P301)	21	1 358 408	2 335 540		2 335 540	1 829 563
Loyers	22	17 455 581	17 488 893	396 552	17 885 445	17 806 743
Dépenses de transfert (P325)	23		4 549 190	1 353	4 550 543	
Autres charges (P325)	24	123 543 487	96 954 471	12 075 975	109 030 446	125 060 703
TOTAL (L.13 à L.24)	25	1 114 350 835	1 097 194 521	40 525 301	1 137 719 822	1 140 216 924
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	0	(7 561 668)	3 677 558	(3 884 110)	(5 568 121)

NOTE 1 – CONSTITUTION ET MISSION

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (ci-après désigné par l'établissement), est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2) le 1^{er} avril 2015.

L'établissement est issu de la fusion du Centre de santé et de services sociaux de la Pointe-de-l'Île, de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, du Centre de santé et de services sociaux de Saint-Léonard et Saint-Michel, du Centre de santé et de services sociaux Lucille-Teasdale, de l'Institut Canadien-Polonais du Bien-Être Inc. et de l'Hôpital Santa Cabrini, à la suite de l'entrée en vigueur 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), le 1^{er} avril 2015. Il jouit de tous leurs droits, a acquis tous leurs biens, assume toutes leurs obligations et poursuit toutes leurs procédures sans reprise d'instance. Par conséquent, tous leurs actifs et passifs, ainsi que tous leurs droits et obligations qui s'y rattachaient, ont été regroupés à leur valeur comptable dans les présents états financiers. Les données comparatives au 31 mars 2015 représentent le cumul de leurs activités, après élimination des opérations entre les entités fusionnées. Même si la présentation des données comparatives n'est pas requise lors d'une fusion d'entités, celles-ci ont néanmoins été présentées à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'exception de celles des pages 650, 660, 320 et 351 du rapport financier annuel AS-471. Cependant, elles n'ont pas été auditées.

Il a pour mandat de promouvoir la santé globale, le bien-être et la contribution active de la population en orchestrant les soins de santé et les services sociaux, en misant sur l'accessibilité, la qualité et la sécurité tout en favorisant les partenariats afin de faciliter le cheminement intégré des personnes. Il offre des soins de qualité à ses patients par des pratiques cliniques novatrices et collaboratives, intégrant le partage des connaissances, de l'enseignement et la recherche.

Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région de Montréal.

Le siège social de l'établissement est localisé au Pavillon Rachel-Tourigny situé au 5415, boulevard de l'Assomption, à Montréal.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujéti aux impôts sur le revenu au Québec ou au Canada.

NOTE 2 - PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES**Référentiel comptable**

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise prioritairement le *Manuel de gestion financière* établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, tel que prescrit par l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2). Ces directives sont conformes aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception de:

- Les immeubles loués auprès de la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation no 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public;

Pour toute situation pour laquelle le *Manuel de gestion financière* ne contient aucune directive, l'établissement se réfère au *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel AS-471 sont conformes aux principes comptables généralement reconnus pour le secteur public sauf pour l'élément mentionné ci-haut.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel AS-471, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, requiert que la direction de l'établissement ait recours à des estimations et à des hypothèses qui ont une incidence sur la comptabilisation des actifs et des passifs, des revenus et des charges de l'exercice, ainsi que sur la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels l'établissement a utilisé des estimations et formulé des hypothèses sont la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, la provision relative à l'assurance salaire, les créances irrécouvrables, les coûts de réhabilitation et de gestion du passif au titre des sites contaminés, les réclamations, le passif au titre des avantages sociaux futurs et la provision relative à la tarification rétrospective des cotisations de la CNESST.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel AS-471, la direction considère que les estimations et les hypothèses utilisées sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

État des gains et pertes de réévaluation

Le ministère de la Santé et des Services sociaux n'inclut pas l'état des gains et pertes de réévaluation dans le format du rapport financier annuel AS-471 qu'il prescrit en vertu de l'article 295 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2), puisque la grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur considérant les limitations imposées par l'article 265 de cette même Loi.

Néanmoins, l'établissement ne détient aucun élément devant être comptabilisé à la juste valeur ou libellé en devises étrangères. La présentation de cet état financier n'est donc pas requise.

Comptabilité d'exercice

L'établissement utilise la méthode de comptabilité d'exercice tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières. Ainsi, il comptabilise les opérations et les faits dans l'exercice au cours duquel ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'établissement comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant les soldes et les opérations relatifs aux biens détenus en fiducie.

La description des biens détenus en fiducie gérés par l'établissement ainsi que le sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport financier annuel AS-471.

Revenus

Les subventions gouvernementales du Québec et du Canada, reçues, ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'établissement bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement bénéficiaire qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif à la date des états financiers, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passés aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissement voté annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, tel que stipulé dans la *Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts* (RLRQ, chapitre S-37.01).

Les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement sont constatées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature des coûts, utilisation prévue ou période pendant laquelle les coûts devront être engagés). Les sommes reçues avant qu'elles ne soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, un revenu reporté est comptabilisé si celle-ci prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement fédéral ou du gouvernement du Québec, ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Charges

Les charges sont comptabilisées dans l'exercice financier au cours duquel les biens sont consommés ou les services sont rendus. Elles comprennent donc notamment l'amortissement annuel du coût des immobilisations.

Salaires, avantages sociaux et charges sociales

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux dépenses de l'exercice.

Instruments financiers

Les instruments financiers dérivés et les placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués à la juste valeur.

Les actifs financiers comprennent l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs et les placements de portefeuille et sont évalués au coût ou au coût après amortissement à l'exception des instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif et des instruments financiers dérivés.

Les passifs financiers comprennent les emprunts temporaires, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les intérêts courus à payer et les dettes à long terme et sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse et le découvert bancaire le cas échéant.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses. La charge pour créances douteuses est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Créditeurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus est comptabilisé aux créditeurs et autres charges à payer.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime pour atteindre le montant de capital à rembourser à l'échéance.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations.

Passif au titre des sites contaminés

Les obligations découlant du passif au titre des sites contaminés sont comptabilisées lorsque toutes les conditions suivantes sont rencontrées :

- La contamination dépasse une norme environnementale en vigueur à la date des états financiers ou il est probable qu'elle la dépasse;
- L'établissement est responsable des coûts de réhabilitation ou il est probable qu'il le soit ou qu'il en accepte la responsabilité.

- Il est prévu que des avantages économiques futurs seront abandonnés;
- Les coûts de réhabilitation sont raisonnablement estimables.

Le passif au titre des sites contaminés comprend les coûts directement liés à la réhabilitation des sites contaminés, estimés à partir de la meilleure information disponible. Ces coûts sont révisés annuellement et la variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice.

Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du gouvernement du Québec (SCT) pour le financement du coût des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que les variations annuelles survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2015-2016. La décision quant au financement de ces variations est prise annuellement.

Pour les terrains contaminés non répertoriés au 31 mars 2011, l'établissement comptabilise un passif au titre des sites contaminés, ainsi qu'une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux, après avoir préalablement obtenu l'autorisation de celui-ci.

Le passif au titre des sites contaminés est présenté au fonds d'immobilisations.

Passifs au titre des avantages sociaux futurs

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

Provision pour assurance salaire

Les obligations découlant de l'assurance salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'aide de l'une des deux méthodes suivantes. La méthode par profil est basée sur les dossiers observés en assurance salaire en tenant compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le groupe d'emploi, le groupe de diagnostics, l'écart entre l'année financière du paiement et celle d'ouverture du dossier des trois dernières années. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, les obligations sont alors estimées à l'aide de la méthode basée sur des données plus globales, pour laquelle la dépense totale en assurance salaire des années futures est projetée à partir des dépenses des trois années financières les plus récentes. Ces obligations ne sont pas actualisées. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2016 et des taux horaires prévus en 2016-2017. Elles ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Provision pour congés de maladie

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux. Ainsi, le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congés de maladie. Les journées de maladie non utilisées sont payables une fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars, selon les taux horaires prévus en 2016-2017. Ces obligations ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité de régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel AS-471.

Droit parentaux

Les obligations découlant des droits parentaux sont évaluées sur la base du nombre d'employés en congé parental au 31 mars 2016 et la rémunération versée pour l'exercice 2016-2017, laquelle est répliquée pour le reste de la durée du congé ou au maximum jusqu'au 31 mars 2017. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers qui sont acquis, construits, développés ou améliorés, qui sont destinés à être utilisés de façon durable pour la production de biens ou la prestation de services sur leur durée de vie utile qui s'étend au-delà de l'exercice financier.

Elles sont comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Le coût des immobilisations détenues en vertu d'un contrat de location-acquisition est égal à la valeur actualisée des paiements exigibles.

Les immobilisations acquises par donation ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur au moment de leur acquisition, avec contrepartie aux revenus reportés s'il s'agit d'un bien amortissable ou aux revenus de l'exercice s'il s'agit d'un terrain.

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

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

Catégorie	Durée
Aménagement des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations majeures aux bâtiments	25 à 40 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériel et équipement	3 à 15 ans
Équipements spécialisés	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Durée du bail ou de l'entente

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

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des débours effectués avant la fin de l'exercice financier pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers. Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Stock de fourniture

Les stocks de fourniture sont des actifs non financiers composés de fournitures qui seront consommés dans le cours normal des opérations au cours du ou des prochains exercices. Ils sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon les méthodes de l'épuisement successif, du coût moyen et du coût spécifique. Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Comptabilité par fonds

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

Revenus d'intérêts

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

Prêts interfonds

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

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

Avoir propre

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

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

Classification des activités

La classification des activités tient compte des services que l'établissement peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes:

Activités principales : elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Activités accessoires : elles comprennent les services que l'établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

Activités accessoires complémentaires : elles n'ont pas trait à la prestation de services liés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.

Activités accessoires de type commercial : elles regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'établissement dans le cadre de leurs activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centre d'activités.

Unités de mesure

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

NOTE 3 - MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

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

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2016, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

Le déficit opérationnel aux activités principales est de (14,669 M \$). Il y a eu une augmentation de revenus non-récurrents de 6,8 M \$, ce qui porte le déficit aux activités principales à (7,561 M \$). Le surplus aux activités accessoires est de 3,677 M \$. Le résultat financier cumulatif au fonds d'exploitation est de (3,884 M \$).

Le déficit opérationnel de 14,669 M \$ est causé par plusieurs éléments dont :

- La trajectoire de la santé physique est en pleine transformation et les bénéfices seront constatés lors des prochains exercices. (11,2 M \$)
- La réorganisation de l'offre de services de l'aide à domicile au programme SAPA (3,4 M \$)

Une projection du déficit a été faite au cours de l'exercice. Ainsi à la période 9 le conseil d'administration et le Ministère ont été avisés de la situation déficitaire anticipée. Nous avons déposé un plan de retour à l'équilibre de 7,5 M \$ qui correspond au déficit de nos activités principales.

NOTE 4 - DONNÉES BUDGÉTAIRES

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

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 23 juin 2015.

Il n'y a pas eu d'élément ayant pour effet de modifier le budget adopté initialement de façon importante au cours de l'exercice.

NOTE 5 - INSTRUMENTS FINANCIERS

Impacts sur les états financiers

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

Amortissement des frais reportés liés aux dettes

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

L'amortissement des frais d'émission des dettes selon la méthode du taux effectif est sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

NOTE 6 - PLACEMENTS TEMPORAIRES

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

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

NOTE 7 - AUTRES DÉBITEURS

La nature des autres débiteurs est précisée à la page 630-00 du rapport financier annuel AS-471.

NOTE 8 - PLACEMENTS DE PORTEFEUILLE

La nature des placements de portefeuille, y compris les prêts et avances, la valeur comptable, le cours du marché, les dates d'échéance, les taux de rendement effectif minimum et maximum, les provisions pour moins-values, l'échéancier des remboursements des prêts et avances sont présentés aux pages 632-00 à 632-02 du rapport financier annuel AS-471.

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

NOTE 9 - AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIFS

La nature des autres éléments d'actifs est précisée aux pages 360-00 et 400-00 du rapport financier annuel AS-471.

NOTE 10 - EMPRUNTS TEMPORAIRES

La nature des emprunts temporaires contractés auprès de parties non apparentées, y compris le taux d'intérêt moyen pondéré sont présentés à la page 633-00 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement a également des emprunts temporaires conclus avec des parties apparentées, dont les principales conditions sont :

Société québécoise des infrastructures – 6 819 603 \$

Projets d'immobilisation financés au taux des acceptations bancaires à un mois majoré de 0.05%

Montant emprunté au 31 mars 2016: 383 308 \$

Montant emprunté au 31 mars 2016 : 6 436 295 \$

Fonds de financement – 171 823 475 \$

Montant maximum marge régulière immobilisations: 89 340 832 \$

Taux des acceptations bancaires à un mois majoré de 0,05 %

Montant maximum marge régulière équipements: 59 119 620 \$

Taux des acceptations bancaires à un mois majoré de 0,05 %

Montant maximum enveloppes décentralisées : 12 558 231 \$

Montant emprunté au 31 mars 2016 : 2 338 528 \$

Montant emprunté au 31 mars 2016 : 2 388 309 \$

Montant emprunté au 31 mars 2016 : 80 522 \$

Montant emprunté au 31 mars 2016 : 7 033 603 \$

Montant emprunté au 31 mars 2016 : 2 262 170 \$

Montant emprunté au 31 mars 2016 : 4 689 916 \$

Montant emprunté au 31 mars 2016 : 17 795 166 \$

Projets autofinancés non subventionnés financé au taux des acceptations bancaires à un mois majoré de 0.05%

Montant maximum autorisé : 3 728 302 \$

Montant emprunté au 31 mars 2016 : 2 918 037 \$

Marges régulières financés au taux des acceptations bancaires à un mois majoré de 0.05%

Montant maximum autorisé ; 65 000 000 \$

Montant emprunté au 31 mars 2016 : 65 000 000 \$

Projets d'immobilisations mandatés à la SQI financés au taux des acceptations bancaires à un mois majoré de 0.05%

Montant emprunté au 31 mars 2016 : 2 000 000 \$

Montant emprunté au 31 mars 2016 : 65 317 224 \$

NOTE 11 - AUTRES CRÉDITEURS

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

NOTE 12 - DETTES À LONG TERME

Date	Série	Montant original	Taux	Montant du versement périodique	Fréquence du versement	Exercice courant	Exercice précédent	
Émis	Dû							
Billets à terme contractés auprès du Fonds de financement garantis par le gouvernement du Québec								
2013-04-24	2017-12-01	B8	3 621 949 \$	1,739%	144 878 \$	Annuel	3 332 193 \$	3 477 071 \$
2014-01-16	2018-12-19	B9	10 018 574 \$	2,335%	555 900 \$	Annuel	8 906 775 \$	9 462 675 \$
2014-10-02	2024-09-01	B10	4 452 971 \$	3,058%	178 119 \$	Annuel	4 274 852 \$	4 452 971 \$
2015-11-20	2020-12-01	B11	4 671 014 \$	1,577%	186 841 \$	Annuel	4 671 014 \$	- \$
2013-11-27	2023-09-01	B28	39 131 918 \$	3,137%	1 828 658 \$	Annuel	35 474 602 \$	37 303 260 \$
2014-01-30	2018-12-19	B29	9 225 000 \$	2,024%	1 025 003 \$	Annuel	7 174 994 \$	8 199 997 \$
2014-03-25	2018-12-19	B30	6 788 937 \$	2,092%	271 557 \$	Annuel	6 245 822 \$	6 517 380 \$
2014-11-19	2024-09-01	B31	21 781 266 \$	2,944%	871 251 \$	Annuel	20 910 015 \$	21 781 266 \$
2014-11-19	2022-03-01	B32	1 016 125 \$	2,558%	145 161 \$	Annuel	870 964 \$	1 016 125 \$
2015-02-26	2025-06-01	B33	9 562 154 \$	2,234%	382 486 \$	Annuel	9 179 668 \$	9 562 154 \$
2015-02-26	2027-03-01	B34	23 646 982 \$	2,428%	1 389 891 \$	Annuel	22 257 091 \$	23 646 982 \$
2015-11-20	2020-12-01	B35	21 307 728 \$	1,577%	852 309 \$	Annuel	21 307 728 \$	- \$
2014-02-06	2018-12-19	B19	9 037 670 \$	2,079%	412 026 \$	Annuel	8 213 618 \$	8 625 644 \$
2014-10-09	2024-09-01	B20	2 600 378 \$	3,058%	104 015 \$	Annuel	2 496 363 \$	2 600 378 \$
2014-12-12	2024-09-01	B21	1 090 525 \$	2,904%	60 585 \$	Annuel	1 029 941 \$	1 090 525 \$
2015-12-01	2022-12-01	B22	2 968 850 \$	2,018%	118 754 \$	Annuel	2 968 850 \$	- \$
2014-01-23	2018-12-19	B17	9 533 150 \$	2,245%	423 821 \$	Annuel	8 685 509 \$	9 109 330 \$
2014-07-08	2024-09-01	B18	3 154 237 \$	2,995%	179 013 \$	Annuel	2 975 224 \$	3 154 237 \$
2015-02-11	2023-03-01	B19	17 749 047 \$	1,654%	920 769 \$	Annuel	16 828 278 \$	17 749 047 \$
2015-11-20	2020-12-01	B20	7 367 243 \$	1,577%	294 690 \$	Annuel	7 367 243 \$	- \$
2015-12-01	2020-12-01	B21	1 180 000 \$	1,577%	236 000 \$	Annuel	1 180 000 \$	- \$
2015-12-01	2022-12-01	B22	1 526 688 \$	2,018%	95 418 \$	Annuel	1 526 688 \$	- \$
2014-05-22	2024-09-01	B6	1 091 919 \$	3,325%	43 677 \$	Annuel	1 048 242 \$	1 091 919 \$
2014-02-06	2018-12-19	B7	5 615 334 \$	2,109%	244 212 \$	Annuel	5 126 920 \$	5 371 127 \$
2014-10-23	2024-09-01	B8	2 920 380 \$	2,996%	116 820 \$	Annuel	2 803 565 \$	2 920 380 \$
2015-12-01	2022-12-01	B9	2 449 795 \$	2,018%	97 980 \$	Annuel	2 449 795 \$	- \$
2014-01-16	2018-12-19	B17	8 426 404 \$	2,335%	389 824 \$	Annuel	7 646 755 \$	8 036 580 \$
2014-01-16	2018-12-19	B18	4 612 221 \$	2,335%	922 444 \$	Annuel	2 767 332 \$	3 689 776 \$
2014-06-09	2019-08-21	B19	8 820 980 \$	2,110%	464 262 \$	Annuel	8 356 718 \$	8 820 980 \$
2014-10-23	2024-09-01	B20	5 349 973 \$	2,996%	213 999 \$	Annuel	5 135 975 \$	5 349 973 \$
2015-11-20	2020-12-01	B21	8 949 215 \$	1,577%	357 969 \$	Annuel	8 949 215 \$	- \$
Sous-total							242 161 949 \$	203 029 777 \$
Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec garantis par le gouvernement du Québec								
Inconnu	2016-12-01	B5	2 433 121 \$	3,835%	97 325 \$	Annuel	1 946 497 \$	2 043 822 \$
2011-06-07	2017-12-01	B6	2 579 894 \$	3,114%	103 195 \$	Annuel	2 167 111 \$	2 270 306 \$
2012-05-04	2018-12-01	B7	8 823 880 \$	2,664%	481 616 \$	Annuel	7 379 033 \$	7 860 648 \$
2013-01-15	2019-12-31	Auto. Fin.	2 401 482 \$	2,418%	31 231 \$	Mensuel	1 335 602 \$	1 671 798 \$
2006-10-13	2031-12-01	B11	50 610 920 \$	4,621%	2 024 437 \$	Annuel	32 390 989 \$	34 415 425 \$
2010-05-11	2034-06-01	B21	23 614 978 \$	5,090%	944 599 \$	Annuel	18 891 982 \$	19 836 581 \$
2010-10-14	2016-12-01	B22	13 168 565 \$	2,903%	526 743 \$	Annuel	10 534 852 \$	11 061 595 \$
2011-03-31	2017-12-01	B23	508 235 \$	3,484%	72 605 \$	Annuel	145 210 \$	217 815 \$
2012-02-28	2018-12-01	B24	22 269 790 \$	2,406%	1 168 361 \$	Annuel	17 596 347 \$	18 764 708 \$
2012-02-28	2018-12-01	B25	416 836 \$	2,406%	59 548 \$	Annuel	178 644 \$	238 192 \$
2012-10-31	2019-12-01	B27	24 940 668 \$	2,437%	1 123 164 \$	Annuel	21 571 176 \$	22 694 340 \$
2006-11-03	2031-12-31	B3	1 611 544 \$	4,866%	64 462 \$	Annuel	1 031 388 \$	1 095 850 \$
1997-01-24	2022-01-16	B4	277 300 \$	7,750%	11 092 \$	Annuel	66 552 \$	77 644 \$
2010-06-28	2016-12-01	B7	3 928 258 \$	3,835%	157 130 \$	Annuel	3 142 606 \$	3 299 736 \$
2010-10-14	2016-12-01	B8	2 526 911 \$	2,903%	101 076 \$	Annuel	2 021 529 \$	2 122 606 \$
2011-12-01	2017-04-25	B9	9 002 400 \$	1,840%	473 980 \$	Annuel	7 106 478 \$	7 580 459 \$
2012-10-25	2019-12-01	B10	5 146 610 \$	2,437%	206 988 \$	Annuel	4 525 645 \$	4 732 633 \$
2012-12-21	2018-06-01	B11	664 776 \$	2,142%	110 796 \$	Annuel	332 388 \$	443 184 \$
2010-05-07	2034-06-01	B12	6 665 979 \$	5,090%	266 639 \$	Annuel	5 332 783 \$	5 599 422 \$
2010-11-16	2016-06-02	B13	8 771 409 \$	2,559%	350 856 \$	Annuel	7 017 127 \$	7 367 983 \$
2010-03-23	2017-04-01	Prêt	2 707 128 \$	1,170%	32 616 \$	Mensuel	424 008 \$	815 400 \$
2012-03-02	2018-12-01	B14	11 361 660 \$	2,406%	597 048 \$	Annuel	8 973 468 \$	9 570 516 \$
2012-06-13	2015-11-30	B15	3 700 942 \$	1,792%	- \$	Annuel	- \$	3 038 106 \$
2012-12-20	2018-06-01	B16	6 140 776 \$	2,103%	264 359 \$	Annuel	5 347 698 \$	5 612 057 \$
2010-10-19	2016-12-01	B4	1 659 245 \$	2,878%	66 370 \$	Annuel	1 327 396 \$	1 393 766 \$
2012-01-26	2017-04-25	B5	1 798 203 \$	1,897%	128 075 \$	Annuel	1 285 903 \$	1 413 978 \$
2009-02-12	2018-07-16		1 574 966 \$	4,354%	73 757 \$	Annuel	1 058 667 \$	1 132 424 \$
2010-11-23	2016-06-02	B4	2 702 041 \$	2,896%	108 081 \$	Annuel	2 161 633 \$	2 269 714 \$
2012-02-24	2018-12-01	B5	4 961 426 \$	2,406%	218 948 \$	Annuel	4 085 635 \$	4 304 583 \$
2012-12-21	2018-06-01	B6	1 483 262 \$	2,130%	73 455 \$	Annuel	1 262 896 \$	1 336 353 \$
2010-05-11	2034-06-01	B11	5 346 730 \$	5,090%	213 869 \$	Annuel	4 277 384 \$	4 491 253 \$
2011-01-28	2017-12-01	B12	3 908 000 \$	3,594%	156 320 \$	Annuel	3 126 400 \$	3 282 720 \$
2011-11-11	2017-12-01	B13	5 957 393 \$	2,472%	238 296 \$	Annuel	5 004 210 \$	5 242 506 \$

2012-01-26	2017-04-25	B14	2 063 889 \$	1,897%	114 661 \$	Annuel	1 605 247 \$	1 719 908 \$	
2012-12-19	2018-06-01	B15	5 959 804 \$	2,105%	277 504 \$	Annuel	5 127 292 \$	5 404 796 \$	
2012-12-19	2019-12-01	B16	545 333 \$	2,489%	77 905 \$	Annuel	311 619 \$	389 523 \$	
Sous-total							190 093 395 \$	204 812 350 \$	
Emprunt garanti par hypothèque									
1966-06-01	2016-06-01		573 867 \$	5,375%	8 146 \$	Annuel	8 146 \$	39 619 \$	
Sous-total							8 146 \$	39 619 \$	
Emprunts à long terme auprès de Fonds de Financement garantis par le gouvernement du Québec									
2016-01-29	2026-01-01		3 285 869 \$	2,482%	27 444 \$	Mensuel	3 238 426 \$	- \$	
Sous-total							3 238 426 \$	- \$	
Contrats de location-acquisition									
2013-09-26	2017-09-25	# 0123747VT	107 650 \$	4,650%	29 340 \$	Annuel	28 653 \$	56 077 \$	
2014-02-01	2018-01-31	# 0125554VT	120 765 \$	4,982%	33 153 \$	Annuel	32 322 \$	63 163 \$	
2014-04-01	2018-03-31	# 0121512VT	105 807 \$	4,982%	28 661 \$	Annuel	28 025 \$	54 910 \$	
2014-10-01	2018-09-30	# 0128275VT	106 448 \$	5,500%	31 668 \$	Annuel	57 134 \$	82 221 \$	
2015-06-01	2019-05-31	# 0130868VT	306 239 \$	3,193%	82 767 \$	Annuel	233 250 \$	- \$	
2015-11-01	2019-10-31	# 0133495VT	133 267 \$	3,564%	36 337 \$	Annuel	101 680 \$	- \$	
2013-03-31	2017-03-31		2 710 908 \$				2 710 908 \$	2 710 908 \$	
2010-06-09	2015-04-30	# 2300-00-06-07-104	1 320 080 \$	3,900%		Variable	Mensuel	- \$	48 268 \$
2012-12-16	2016-12-15	# 0114868VT	435 670 \$	3,040%		Variable	Annuel	- \$	9 384 \$
2012-08-01	2016-07-31	# 0118075VT	36 042 \$	5,196%		Variable	Annuel	- \$	9 586 \$
2012-06-01	2016-05-31	# 0117311VT	164 451 \$	5,160%		Variable	Annuel	- \$	44 036 \$
2012-08-22	2016-08-21	# 0118608VT	98 888 \$	5,746%		Variable	Annuel	- \$	26 601 \$
2012-12-22	2016-12-21	# 0119912VT	137 417 \$	4,250%		Variable	Annuel	- \$	35 705 \$
2012-07-27	2015-07-26	Photocopieurs	181 \$	3,000%	181 \$	Trimestrielle	- \$	363 \$	
2013-10-15	2018-10-18	Photocopieurs	29 709 \$	3,000%	1 462 \$	Trimestrielle	15 591 \$	21 258 \$	
2013-09-23	2018-09-22	Photocopieurs	38 545 \$	3,000%	1 897 \$	Trimestrielle	19 992 \$	27 580 \$	
2010-06-01	2030-05-31	Bail Rosemont	18 918 702 \$	2,500%	97 651 \$	Mensuel	15 330 801 \$	16 084 348 \$	
2010-06-01	2030-05-31	Amél. Locative-Bail Rosemont	4 570 702 \$	7,220%	35 860 \$	Mensuel	3 819 978 \$	3 970 150 \$	
Sous-total							22 378 334 \$	23 244 558 \$	
Total							457 880 250 \$	431 126 304 \$	

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2016, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

	\$
2016-2017	31 086 953 \$
2017-2018	25 666 687 \$
2018-2019	25 685 929 \$
2019-2020	22 326 440 \$
2020-2021	20 552 758 \$
2021-2022 et subséquents	332 561 483 \$
Total	457 880 250 \$

NOTE 13 - PASSIF AU TITRE DES SITES CONTAMINÉS

L'établissement est responsable de décontaminer un terrain nécessitant des travaux de réhabilitation. Ce terrain faisant l'objet d'un usage productif est contaminé à la suite de l'enlèvement d'un réservoir souterrain en mars 2011. À cet égard, un montant de 75 000 \$ a été comptabilisé à titre de passif au titre de sites contaminés dans les états financiers au 31 mars 2016 (75 000 \$ au 31 mars 2015). Ce montant est basé sur une étude de caractérisation préliminaire.

L'établissement est également responsable de décontaminer un terrain faisant l'objet d'un usage productif et nécessitant des travaux de réhabilitation à la suite de sols contaminés ainsi que des résidus de cendre issus des activités passées de chauffage du bâtiment à l'aide de charbon. À cet égard, un montant de 802 500 \$ a été comptabilisé à titre de passif au titre de sites contaminés dans les états financiers au 31 mars 2016 (802 500 \$ au

31 mars 2015). Ce montant est basé sur une étude préliminaire.

L'établissement est également responsable de décontaminer un terrain nécessitant des travaux de réhabilitation. Ce terrain faisant l'objet d'un usage productif est contaminé à la suite de la fuite d'un réservoir souterrain d'huile à chauffage. À cet égard, un montant de 85 500 \$ a été comptabilisé à titre de passif au titre de sites contaminés dans les états financiers au 31 mars 2016 (85 500 \$ au 31 mars 2015). Ce montant est une estimation sommaire des coûts basée sur le jugement. Une firme a été mandatée pour évaluer les coûts de réhabilitation environnementale du site contaminé. Aucun estimé précis n'a pu être produit étant donné la présence de bâtiments, les activités en cours et le fait qu'aucun forage n'a pu être réalisé.

L'établissement est également responsable de décontaminer un terrain nécessitant des travaux de réhabilitation. Ce terrain faisant l'objet d'un usage productif est contaminé à la suite de l'exploitation d'une carrière entre 1909 et 1940 et aurait par la suite été utilisé comme dépotoir entre 1939 et 1954. À cet égard un montant de 6 288 389 \$ a été comptabilisé à titre de passif au titre de sites contaminés dans les états financiers au 31 mars 2016 (6 288 389 \$ au 31 mars 2015). Ce montant est basé sur une analyse comparative d'un cas similaire.

L'établissement a constaté une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux du même montant pour le financement du coût des travaux.

Aucun travail de réhabilitation n'a été entrepris durant l'exercice.

NOTE 14 – PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX FUTURS

Les principales hypothèses utilisées sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances :		
Taux moyen de croissance de la rémunération	1,5 %	0 %
Inflation	0 %	1 %
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadre	8,65 %	8,65 %

NOTE 15 - AUTRES ÉLÉMENTS DE PASSIFS

La nature des autres éléments de passifs est précisée aux pages 361-00 et 401-00 du rapport financier annuel AS-471.

NOTE 16 - IMMOBILISATIONS CORPORELLES

Les informations détaillées sur le coût et l'amortissement cumulé, les constructions et développements en cours, les immobilisations reçues par donation ou pour une valeur symbolique, les frais financiers capitalisés durant l'exercice, les immobilisations acquises par le biais d'entente de partenariat public-privé, la valeur comptable nette par catégorie sont présentées aux pages 420-00 à 423-00 du rapport financier annuel AS-471.

NOTE 17 - AFFECTATIONS

La nature des affectations d'origine interne et externe ainsi que leur variation sont présentées aux pages 289-00 et 289-01 du rapport financier annuel AS-471.

NOTE 18 - INFORMATIONS RELATIVES À L'ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

Les informations relatives à l'état des flux de trésorerie sont présentées aux pages 208-01 et 208-02 du rapport financier AS-471.

NOTE 19 – GESTION DES RISQUES ASSOCIÉS AUX INSTRUMENTS FINANCIERS

Dans le cadre de ses activités, l'établissement est exposé à divers risques financiers, tels que le risque de crédit, le risque de liquidité et le risque de marché. La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

Risque de crédit

Le risque de crédit est le risque qu'une partie à un instrument financier manque à l'une de ses obligations et amène, de ce fait, l'autre partie à subir une perte financière.

Les instruments financiers qui exposent l'établissement au risque de crédit sont l'encaisse (découvert bancaire), les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs, la subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable ainsi que les placements de portefeuille. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentés à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière :

	Exercice courant	Exercice précédent
Encaisse (découvert bancaire)	37 182 883 \$	44 745 607 \$
Placements temporaires	9 855 782 \$	14 156 820 \$
Débiteurs MSSS	69 254 029 \$	82 626 010 \$
Autres débiteurs	37 308 604 \$	30 558 851 \$
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	101 830 712 \$	96 764 937 \$
Placements de portefeuille	22 000 000 \$	17 000 000 \$
Total	277 432 010 \$	285 852 225 \$

Le risque de crédit associé à l'encaisse et aux placements temporaires est réduit au minimum. En effet, l'établissement s'assure que les excédents de trésorerie sont investis dans des placements liquides de façon sécuritaire et diversifiée auprès d'institutions financières jouissant d'une cote de solvabilité élevée attribuée par des agences de notation nationales, afin d'en retirer un revenu d'intérêt raisonnable selon les taux d'intérêt en vigueur.

Au 31 mars 2016, ces actifs financiers étaient investis dans des dépôts à terme. La direction juge ainsi que le risque de perte est négligeable.

Le risque de crédit associé aux débiteurs MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir (perçue d'avance)-réforme comptable est faible puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec qui jouit d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Ces sommes sont principalement reçues dans les 180 jours suivant la fin d'exercice.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible, car il comprend des sommes à recevoir de d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de diverses compagnies d'assurances, de la RAMQ et de la CNESST, du gouvernement du Canada et du Québec (TPS-TVQ) qui jouissent d'une bonne qualité de crédit, ainsi que des usagers eux-mêmes, y compris ceux en provenance de pays étrangers ayant reçu des soins.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de collection. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars 2016, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 39 % pour le présent exercice et 23 % pour l'exercice antérieur du montant total recouvrable.

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

	Exercice courant	Exercice précédent
Autres débiteurs non en souffrance	32 271 257 \$	27 016 097 \$
Autres débiteurs en souffrance :		
Moins de 30 jours	2 621 700 \$	1 507 987 \$
De 30 à 59 jours	741 272 \$	535 563 \$
De 60 à 89 jours	447 566 \$	601 839 \$
De 90 jours et plus	7 690 383 \$	5 870 337 \$
Sous-total	11 500 921 \$	8 515 726 \$
Provision pour créances douteuses	(6 463 574)\$	(4 972 972)\$
Sous-total	5 037 347 \$	3 542 754 \$
Total des autres débiteurs	37 308 604 \$	30 558 851 \$

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

	Exercice courant	Exercice précédent
Solde au début de la provision pour créances douteuses:	4 972 992 \$	6 870 493 \$
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	1 883 112 \$	(1 432 043)\$
Montants recouverts	(392 530)\$	(465 458)\$
Solde à la fin de la provision pour créances douteuses	6 463 574 \$	4 972 992 \$

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

L'article 269 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2) stipule que les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contributions autres que celles octroyées par le gouvernement du Québec, incluant les ministères ou organismes visés par l'article 268, faites à des fins particulières doivent être déposées ou placées conformément aux dispositions du Code civil relativement aux placements présumés sûrs, jusqu'à ce qu'elles soient utilisées aux fins prévues.

Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2016, l'établissement s'est conformé aux articles 265 et 269 de cette loi.

Risque de liquidité

Le risque de liquidité est le risque que l'établissement ne soit pas en mesure de remplir ses obligations financières à leur échéance. Le risque de liquidité englobe également le risque qu'il ne soit pas en mesure de liquider ses actifs financiers au moment opportun et à un prix raisonnable.

L'établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les autres créditeurs et autres charges à payer et les dettes à long terme.

Les emprunts temporaires sont des marges de crédit sans échéances prédéterminées. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime considérant que ces dernières sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.

Les flux de trésorerie contractuels relativement aux autres créditeurs sont les suivants :

	Exercice courant	Exercice précédent
De moins de 6 mois	92 150 404 \$	115 032 796 \$
De 6 mois à 1 an :	8 937 061 \$	1 531 514 \$
De 1 à 3 ans :	5 687 377 \$	6 467 930 \$
De 3 à 5 ans :	834 181 \$	133 696 \$
De plus de 5 ans :	831 302 \$	825 260 \$
Total des autres créditeurs	108 440 325 \$	123 991 197 \$

Risque de marché

Le risque de marché est le risque que le cours du marché ou que les flux de trésorerie futurs d'un instrument financier fluctuent en raison de variations du prix du marché. Il se compose de trois types de risque : le risque de change, le risque de taux d'intérêt et l'autre risque de prix.

L'établissement n'est exposé qu'au risque de change et au risque de taux d'intérêt.

Risque de change

Le risque de change est le risque émanant d'une évolution défavorable des cours du change sur les marchés.

Le risque de change est minime, car l'établissement réalise très peu d'opérations en devises. Elle ne gère donc pas activement ce risque.

Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires et ses dettes à long terme. Selon l'état de la situation financière, le solde de ces postes représente :

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires	201 131 668 \$	157 737 291 \$
Dettes à long terme	457 880 250 \$	431 126 304 \$

Du montant des emprunts temporaires totalisant 201 131 668 \$, un montant de 110 725 041 \$ porte intérêt au taux des acceptations bancaires plus 0,05 %. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Du montant de la dette à long terme totalisant 457 880 249 \$, un montant de 435 069 761 \$ représente des emprunts portant intérêt à taux fixes. Les intérêts à taux fixes sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Un montant de 19 194 508 \$ représente des emprunts portant intérêt à taux fixes pour lesquels les intérêts sont pris en charge par l'établissement. Le risque de taux d'intérêt sur ces emprunts est minime.

Une somme de 94 022 608 \$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont à taux variables et ne sont pas pris en charge par le MSSS. Par conséquent, ces emprunts sont exposés au risque de taux d'intérêt et l'établissement ne gère pas activement ce risque.

L'établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

NOTE 20 - PÉRIMÈTRE COMPTABLE ET MÉTHODES DE CONSOLIDATION

Les entités suivantes sont incluses au périmètre comptable de l'établissement qui les contrôle. Elles sont consolidées ligne par ligne dans les présents états financiers :

La Société de Gestion du Centre d'excellence en thérapie cellulaire (SGCETC) de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Renseignements financiers sur les entités consolidées ligne par ligne :

	Exercice courant	Exercice précédent
Actifs financiers	1 436 210 \$	1 205 052 \$
Passifs	894 707 \$	1 037 149 \$
Actifs financiers nets (dette nette)	541 503 \$	167 903 \$
Actifs non financiers	- \$	- \$
Surplus (déficits) cumulés	(2 445 999)\$	(1 936 291)\$
Revenus	477 342 \$	2 898 \$
Charges	987 050 \$	999 516 \$
Surplus (déficits) de l'exercice	(509 708)\$	(996 618)\$

NOTE 21 - OPÉRATIONS AVEC DES PARTIES APPARENTÉES

L'établissement est apparenté à toutes les autres entités du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, tous les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, toutes les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Ces parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces parties apparentées autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du rapport financier annuel AS-471.

De plus, l'établissement détient des obligations contractuelles conclues avec des parties apparentées. Elles sont présentées à la page 635-00 du rapport financier annuel AS-471.

NOTE 22 - CHIFFRES COMPARATIFS

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

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 encourir aucun déficit en fin d'exercice. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2016, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

Le déficit opérationnel aux activités principales est de (14,669 M\$). Il y a eu une augmentation de revenus non-récurrents de 6,8 M\$, ce qui porte le déficit aux activités principales à (7,561 M\$). Le surplus aux activités accessoires est de 3,677 M\$. Le résultat financier cumulatif au fonds d'exploitation est de (3,884 M\$).

Le déficit opérationnel de 14,669 M\$ est causé par plusieurs éléments dont :

- la trajectoire de la santé physique est en pleine transformation et les bénéfices seront constatés lors des prochains exercices (11,2 M\$);
- la réorganisation de l'offre de services de l'aide à domicile au programme SAPA (3,4 M\$).

Une projection du déficit a été faite au cours de l'exercice. Ainsi à la période 9 le conseil d'administration et le Ministère ont été avisés de la situation déficitaire anticipée. Nous avons déposé un plan de retour à l'équilibre de 7,5 M\$ qui correspond au déficit de nos activités principales.

Sommes versées à l'établissement par les fondations

Le total des sommes versées aux différentes installations du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal par ses fondations totalise 5 909 745 \$ (non audité) pour l'année 2015-2016. Ces contributions incluent un montant de 2 346 681 \$ provenant des surplus générés par les activités de stationnement qui a servi à la résorption du déficit de l'année courante. Le solde, d'une valeur de 3 563 064 \$, a principalement été utilisé pour les activités de recherche et l'achat d'équipements.

Répartition des dépenses des activités principales par programmes-services

Programmes-services	Montant
Santé publique	12 420 967 \$
Services généraux - activités cliniques et d'aide	34 998 120 \$
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	201 017 569 \$
Déficiences physiques	16 275 526 \$
Déficiences intellectuelles et TSA	8 124 743 \$
Jeunes en difficultés	8 027 794 \$
Dépendances	165 390 \$
Santé mentale	155 401 319 \$
Santé physique	408 691 769 \$
Administration	68 110 242 \$
Soutien aux services	97 814 013 \$
Gestion des bâtiments et des équipements	86 147 069 \$
TOTAL des dépenses	1 097 194 521 \$

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



Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

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

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

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2016 et les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2016. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 13 juin 2016 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

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

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

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

Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2016 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2016.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 13 juin 2016. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2016 et 2015 n'ont pu être déterminées.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal au 31 mars 2016 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Montréal

Le 27 juin 2016

¹ CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A116823

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2016		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>						
(Paiement de transfert; Applicable à HMR, HSCO et SLSM): Tous les revenus de la recherche afférents aux acquisitions d'immobilisations sont comptabilisés comme revenus reportés au fonds d'immobilisation et amortis au même rythme que les immobilisations tel que demandé par le MSSS dans le manuel de gestion financière. Cette pratique contrevient aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.	2014-2015	R	Selon la position de Raymond Chabot Grant Thornton, la comptabilisation des revenus de la recherche afférents aux acquisitions d'immobilisations comptabilisés comme revenus reportés au fonds d'immobilisations et amortis au même rythme que les immobilisations ne constitue pas une pratique contrevenant aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.	R		
(Immeubles loués à la SQI; Applicable à HSCO, LT, PDI et SLSM): Comptabilisation des contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures (SQI) comme des contrats de location-exploitation et non comme des contrats de location-acquisition.	2014-2015	R	Maintien de la directive du MSSS concernant la comptabilisation des contrats de location avec la SQI présentement traités comme des contrats de location-exploitation, ce qui contrevient à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 « Immobilisations corporelles louées » du Manuel des CPA Canada.			NR
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</i>						
(Applicable à ICP) : L'audit de l'unité de mesure "usager" pour le sous-centre d'activité "6565 Services Sociaux" n'a pu être effectué en raison de l'absence de piste de vérification.	2014-2015	R	Un logiciel est maintenant utilisé pour le suivi de l'unité de mesure 6565.	R		

(Applicable à SLSM) : Il a été impossible de compléter notre piste d'audit relative à l'unité de mesure mètre cube du sous-centre d'activité 7703 - Fonctionnement des installations autres.	2014-2015	C	Nous inscrivons les superficies CIUSSS.	R		
(Applicable à HMR) : Les unités de mesure "unité technique provincial" et "usager" n'ont pas été compilés pour le sous-centre d'activité 6352 - Inhalothérapie, pour les périodes 8 et 9.	2015-2016	C	Nous nous assurerons que cette situation ne se reproduise pas. Cette situation est due à un évènement isolé.	R		
(Applicable à HMR) : L'audit de l'unité de mesure "la visite" pour le sous-centre d'activité 6171 - Soins infirmiers à domicile réguliers (SPH) n'a pas pu être effectué en l'absence de piste de vérification.	2015-2016	C	Les processus entourant ces activités sont présentement en révision, nous tiendrons compte de cet aspect lors de nos travaux.			NR
(Applicable au CSSS PDI) : Il a été impossible de compléter notre piste d'audit relative à l'unité de mesure "intervention" du sous-centre d'activité 4112 - Développement, adaptation et réintégration sociale, étant donné que le document de base était manquant.	2015-2016	C	Les intervenants ouvrent systématiquement un dossier au nom de l'utilisateur et complète les données statistiques dans ICLSC en se basant sur le cadre normatif ICLSC à chaque fois que des interventions sont faites auprès du client. Les données de base se trouvent dans les dossiers de la clientèle.	R		
(Applicable à l'IUSMM) : Il n'a pas été possible de déterminer si l'unité de mesure "usager" n'était compilé qu'une seule fois pour le même usager relativement au sous-centre d'activité 5941 - Suivi intensifs dans la communauté.	2015-2016	C	Une vérification manuelle du nombre de fois que l'utilisateur a été vu au cours d'une période est effectuée à l'aide d'un rapport produit avec le système d'information Egap. La personne responsable de cette démarche s'assure que le nom de l'utilisateur n'apparaît qu'une seule fois dans le rapport. Cette vérification est faite mensuellement.	R		
(Applicable au CIUSSS complet): Compte tenu que les systèmes des anciens établissements ne sont pas unifiés, il n'est pas possible de s'assurer qu'un usager n'est compilé qu'une seule fois dans les centres d'activités ayant l'utilisateur comme unité de mesure.	2015-2016	C	L'implantation d'un identifiant unique est actuellement en planification au ministère. Nous effectuons les travaux nécessaires selon l'ordonnance que le ministère élaborera.			NR
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
(Applicable à HSCO): Déficience du	2014-2015	O	La revue des rôles et			NR

contrôle interne au niveau de GPRH: Pas de procédure formelle de revue des comptes d'utilisateurs et privilèges d'accès.			responsabilités des usagers au niveau des systèmes d'informations sera complétée suite au déménagement de nos effectifs le 17 juin prochain afin de tenir compte des nouvelles responsabilités CIUSSS.			
(Applicable à HSCO, LT, PDI et LT): Les privilèges relatifs aux accès ne sont pas toujours accordés et mis à jour selon les tâches et responsabilités des utilisateurs, comme exigé à la mesure 4.2.1 du Cadre global de gestion.	2014-2015	C	La revue des rôles et responsabilités des usagers au niveau des systèmes d'informations sera complétée suite au déménagement de nos effectifs le 17 juin prochain afin de tenir compte des nouvelles responsabilités CIUSSS.			NR
(Applicable à HSCO): Contrôle de domaine: pas de procédure formelle de gestion des départs.(Applicable à HSCO): Contrôle de domaine: pas de procédure formelle de gestion des départs.	2014-2015	O	Aucune, il y a des mesures compensatoires en place. Ultiment la gestion des accès sera traitée suite à la consolidation de l'ensemble des BD RH et des BD Octopus.			NR
(Applicable à IUSMM): Des comptes à recevoir de 512 525 \$ relatifs aux activités de recherche ont été présentés en déduction des revenus reportés au lieu d'être présentés dans les débiteurs.	2014-2015	O	Le processus de comptabilisation des revenus reportés n'a pas été revu au 31 mars 2016 pour les fonds de recherche de l'IUSMM.			NR
(Applicable à IUSMM et PDI): L'établissement ne s'est pas conformé aux articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé; les résultats de l'exercice terminé le 31 mars 2015 montrent un excédent des charges sur les revenus de 308 816\$ pour l'IUSMM et 3 526 531\$ pour PDI.	2014-2015	O	Cette entité est maintenant fusionnée au CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal. Ce déficit a donc été consolidé à notre solde de fonds en date du 1 avril 2015.	R		
(Applicable à PDI): Deux sous-évaluations des constructions et développement en cours, ainsi que des créateurs de 460 835 \$ et de 667 000 \$ ont été relevés et non corrigés.	2014-2015	O	Ce problème de démarcation a été corrigé en 2015-2016.	R		
(Applicable à SLSM): Lors de notre audit des contrôles généraux informatiques, nous avons constaté que les applications locales ne sont pas sauvegardées à l'externe, contrairement aux applications financières qui sont sauvegardées au Technocentre.	2014-2015	C	Nous avons entrepris une démarche de centralisation et d'optimisation des centres de traitements informatiques (CTI) dans notre CIUSSS qui permettra de répondre adéquatement à cette observation.			PR

(Applicable à SLSM): L'entité n'a pas reçu de rapport de vérification sur les contrôles en place au Technocentre (rapport 5970 ou NCMC 3416) permettant de s'assurer que le tiers applique le niveau de sécurité requis à la mesure 6 du Cadre global de gestion.	2014-2015	C	Nous avons fait une relance et aucun rapport n'a été soumis par CSR.			NR
(Applicable au CIUSSS): L'établissement ne s'est pas conformé aux articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé; les résultats de l'exercice terminé le 31 mars 2016 montrent un excédent des charges sur les revenus de 3 224 139\$.	2015-2016	C	Un plan de retour à l'équilibre de 7.5M\$ a été déposé. Les bénéfices des mesures implantés auront des impact favorable sur les résultats de l'établissement en 2016-2017.	R		
Rapport à la gouvernance						
(Appartient à HMR): Les fournisseurs externes Médisolution et Logibec ont un accès permanent à l'environnement de production de leur système respectif.	2014-2015	C	Les deux fournisseurs ont maintenant des accès qui sont désactivés par défaut et réactivés pour le besoin de l'intervention.	R		
(Appartient à HMR): La réception du rapport annuel a subi des retards alourdissant le processus d'audit.	2014-2015	C	Mise en place d'un plan d'action pour la présentation d'un AS-471 consolidé pour le CIUSSS.	R		
(Appartient à HMR): Il n'existe pas de processus formel permettant de supprimer ou de désactiver les comptes utilisateurs Magistra dans un délai raisonnable après le départ des employés.	2014-2015	C	La désactivation des comptes Magistra des employés ayant quitté l'organisation est faite par le pilote Magistra.	R		
(Appartient à HMR): La version de la base de données Oracle pour les applications GRF et GRM n'est plus supportée.	2014-2015	C	Dans le contexte de la loi 10, nous avons choisi de reporter ce point en lien avec le moratoire sur l'acquisition, le développement et l'évolution des systèmes d'informatiques de gestion. Lettre du sous-ministre Fontaine, en date du 24 juillet 2015, 2015-07-24-PDG-15-MS-03690. Les applications seront mise à niveau lors de l'unification des systèmes à travers le CIUSS ou suite à l'AO provincial.		PR	
(Appartient à HMR): Les scénarios de tests et les résultats des tests de changements de version apportés aux applications GRF, Virtuo RH et	2014-2015		Une politique existe sur la gestion des changements (NSI 4.2) mais dans le contexte de la loi 10, l'identification et le rôle			NR

Virtuo Paie ne furent pas documentés et conservés.			des pilotes CIUSSS sont à définir.			
(Appartient à HMR): Des anomalies liées à la comptabilisation des activités de recherche ont été décelées lors des travaux d'audit.	2014-2015	C	Les correctifs ont été apportés en 2015-2016.	R		
(Appartient à LT): Aucun rapport concernant les contrôles effectués par le technocentre.	2014-2015	C	Nous avons fait une relance et aucun rapport n'a été soumis par le CSR.			NR
(Appartient à LT): Aucune approche structurée à l'égard de la surveillance des journaux des systèmes informatiques.	2014-2015	C	Un processus d'alerte a été mis en place pour la surveillance des journaux en mai 2015.	R		
(Appartient à PDI et LT): Le conseil d'administration n'a pas entériné le bilan annuel de l'organisme concernant la sécurité de ses actifs, comme requis au point 2.1 de la section « Rôles et responsabilités » du Cadre global de gestion.	2014-2015	C	Aucun des établissements du CIUSSS n'a préparé de bilan pour l'année 2015-2016. Le processus reprendra pour 2016-2017.			NR
(Appartient à PDI): La classification des actifs informationnels n'est pas établie, tel qu'exigé à la mesure 3.1 du Cadre global de gestion. L'établissement n'a pas mis en place un processus afin d'analyser les risques à l'égard de la sécurité informatique, tel qu'exigé à la mesure 3.2 du Cadre global de gestion.	2014-2015	O	La classification des actifs informationnels CIUSSS sera planifiée au cours de l'exercice 2016-2017.			NR
(Appartient à LT): Le délai d'expiration des mots de passe avait été retiré pour certains comptes utilisateurs dans Windows.	2014-2015	C	Une problématique avec Octopus a été corrigée. Processus de validation en place en mai 2015.	R		
(Appartient à LT): Plusieurs comptes utilisateurs n'avaient pas été utilisés depuis plus de 6 mois dans le domaine Windows.	2014-2015	C	Une problématique avec Octopus a été corrigée. Processus de validation en place en mai 2015.	R		
(Appartient à LT): Un processus pour recueillir, évaluer et conserver les plaintes des intervenants sur la comptabilité et l'information financière devrait être mis en place.	2014-2015	C	La direction de la qualité, l'évaluation, performance et éthique assume cette responsabilité d'enquête pour le CIUSSS.	R		
(Appartient à PDI): La direction a mis en place au cours de l'exercice 2011-2012 un processus de surveillance de l'efficacité des contrôles internes de l'établissement. En 2013-2014, la description de tous les contrôles s'est poursuivie et les	2014-2015	O	Les travaux débutés par l'ancienne direction n'ont pas été repris par la direction financière du CIUSSS. Par contre, nos modes opératoires pour l'ensemble des caisses déboursées ont été revus au			PR

<p>résultats de la surveillance des contrôles effectués ont été transmis au comité d'audit en mars 2014. L'échéancier de la surveillance des contrôles reste à établir. La personne chargée de surveiller l'efficacité des contrôles internes participe à l'exécution de ces mêmes contrôles, ce qui est contraire aux principes de base de la surveillance de l'efficacité de ces contrôles internes.</p>			<p>niveau de nos centres d'hébergement afin d'optimiser nos contrôles en place. De plus, plusieurs contrôles compensatoires en vigueur nous permettent de minimiser l'ensemble de nos risques de gestion et le regroupement de nos effectifs au 17 juin 2016 nous permettra de revoir les rôles et responsabilités de l'ensemble de nos effectifs.</p>			
<p>(Appartient à PDI): Aucun inventaire, ni suivi des coupons et des billets qui sont commandés par le chef du service alimentaire pour fins de vente dans la cafétéria des centres d'hébergement n'est fait. Donc il existe un risque de vol ou d'erreur de coupons sans qu'aucune personne ne puisse le constater.</p>	2014-2015	O	<p>Le risque d'irrégularité est toujours présent, mais négligeable et sans impact pour les usagers.</p>			NR
<p>(Appartient à PDI): Lors de la vente d'un repas, il n'y a aucune procédure empêchant les employés de la cafétéria de réutiliser les coupons. Donc il existe un risque de vol ou d'erreur de coupons sans qu'aucune personne ne puisse le constater.</p>	2014-2015	O	<p>Le risque d'irrégularité est toujours présent, mais négligeable et sans impact pour les usagers.</p>			NR
<p>(Appartient à PDI): Les politiques portant sur la sécurité ne sont pas reconnues par les nouveaux employés lors de l'embauche, tel qu'exigé à la mesure 8 du Cadre global de gestion.</p>	2014-2015	O	<p>Une politique et un processus de sensibilisation pour le CIUSSS seront élaborés au cours de l'exercice.</p>			NR
<p>(Appartient à PDI): Les pilotes ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès à l'application MédiAccès alors qu'ils devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles, ce qui ne permet pas d'atteindre la mesure 4.2.1 du Cadre global de gestion.</p>	2014-2015	O	<p>Nous sommes à identifier les nouveaux pilotes systèmes et à identifier leurs rôles et responsabilités afin qu'ils soient distinctes du gestionnaire qui a la responsabilité d'autoriser ces demandes d'accès. Cette activité CIUSSS sera complétée au cours de l'exercice.</p>			NR
<p>(Appartient à PDI): Bien que plusieurs contrôles TI importants soient effectués par des tierces parties (CGI et Technocentre), l'établissement ne sait pas si ces contrôles sont effectués adéquatement. De ce fait, la</p>	2014-2015	O	<p>L'intégration des systèmes d'informations, qui se fera au cours de l'exercice 2016-2017, éliminera cette problématique.</p>			NR

gouvernance n'est pas en mesure d'évaluer une partie des contrôles ayant une incidence sur les aspects financiers de l'organisation. Cette situation rend la direction et le conseil d'administration à risque à l'égard du respect du Cadre global de gestion.						
(Applicable à HMR) : Un solde de 4 500\$ enregistré pour le bénéfice d'un usager sous le compte de fiducie de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont a été transféré vers sa nouvelle ressource d'hébergement sans autorisation écrite de la part de la travailleuse sociale responsable de l'usager.	2015-2016	O	Bien qu'il ne s'agisse pas d'un montant en espèce, mais d'un chèque libellé et encaissé par sa nouvelle ressource d'hébergement, les nouveaux contrôles mis en place en 2015-2016 nécessitent l'obtention d'une signature de l'usager ou de la travailleuse sociale responsable avant le paiement.	R		

Annexe 1

Code de déontologie des administrateurs applicable aux membres du conseil d'administration

**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

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 du membre.....	19
Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général.....	20
Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts.....	21
Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts.....	22
Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen.....	23

PRÉAMBULE

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

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

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondement légal

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

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

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

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

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

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

8.3 Impartialité

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

8.4 Transparence

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

8.5 Discrétion et confidentialité

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

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique 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.

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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

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

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

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

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

13. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V.

14. Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

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

Section 4 – APPLICATION

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

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

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

17. Comité de gouvernance et d'éthique

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

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

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

18. Comité d'examen *ad hoc*

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

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

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

- a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
- b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
- c) faire des recommandations au 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'une situation de conflit d'intérêts* de l'annexe VI rempli par cette personne.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

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

Annexe II – Avis de bris du statut d’indépendance

AVIS SIGNÉ

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

Signature

Date [*aaaa-mm-jj*]

Lieu

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Je, _____ [prénom et nom en lettres moulées],
membre du conseil d'administration du **CIUSSS 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'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe 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'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après [nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :

2. Titre d'administrateur

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

3. Emploi

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

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

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

Signature

Date [*aaaa-mm-jj*]

Lieu

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

Je, soussigné, _____, estime que le membre suivant : _____, est en situation de conflit d’intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu

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

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

Signature

Date [aaaa-mm-jj]

Lieu