



# Rapport annuel 2016-2017

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

Le Rapport annuel de gestion 2016-2017 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.

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

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec :

ISBN 978-2-550-78403-6 (imprimé)

ISBN 978-2-550-78403-3 (PDF)

© CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, 2017

# Lexique

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

# Table des matières

<b>Lexique</b> .....	<b>3</b>
<b>Message des autorités</b> .....	<b>5</b>
<b>Déclaration de fiabilité</b> .....	<b>8</b>
<b>Présentation de l'établissement</b> .....	<b>9</b>
<b>Mission et services offerts</b> .....	<b>9</b>
Notre mission .....	9
Nos services .....	9
<b>Désignation CAU ou institut</b> .....	<b>10</b>
Désignation Institut universitaire de santé mentale .....	10
Désignation Centre affilié universitaire (CAU) .	10
<b>Structure de l'organisation au 31 mars 2016</b> .....	<b>11</b>
<b>Le conseil d'administration, les comités, les conseils et les instances consultatives au 31 mars 2017</b> .....	<b>12</b>
<b>Le conseil d'administration</b> .....	<b>12</b>
Principales activités .....	12
Comité de gouvernance et d'éthique .....	13
<b>Le code d'éthique et de déontologie     applicable aux membres du conseil     d'administration</b> .....	<b>13</b>
<b>Liste des conseils, comités ou instances</b> .....	<b>13</b>
Comité de vérification .....	14
Comité des ressources humaines et des communications .....	17
Comité des affaires universitaires .....	19
Comité de révision.....	20
Comité d'éthique en recherche .....	21
Conseil multidisciplinaire .....	21
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens .....	23
Conseil des infirmières et infirmiers .....	24
Comité des usagers du centre intégré .....	26
<b>Activités de l'établissement</b> .....	<b>27</b>
<b>Les directions cliniques</b> .....	<b>27</b>
Direction de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) .....	27
Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et de déficience physique (DI-TSA et DP) .....	29

Direction des programmes en santé mentale et dépendance .....	30
Direction du programme jeunesse .....	31
Direction des services multidisciplinaires .....	33
Direction des services professionnels.....	36
Direction des soins infirmiers .....	49
<b>Les directions administratives</b> .....	<b>51</b>
Direction de la logistique .....	51
Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique .....	52
Direction des ressources financières .....	53
Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques ....	54
Direction des ressources informationnelles (DRI) .....	57
Direction des services techniques .....	57
Direction de l'enseignement universitaire (DEU) .....	59
Direction de la recherche .....	63
<b>Santé publique</b> .....	<b>67</b>
<b>Activités relatives à la gestion des risques     et de la qualité</b> .....	<b>67</b>
Comité de vigilance et de la qualité .....	67
Comité de gestion des risques .....	73
<b>Personnes mises sous garde</b> .....	<b>75</b>
<b>Application de la politique portant     sur les soins de fin de vie</b> .....	<b>75</b>
<b>Résultats : entente de gestion et d'imputabilité ...</b>	<b>77</b>
<b>Les ressources humaines</b> .....	<b>113</b>
<b>Les ressources financières</b> .....	<b>114</b>
<b>Rapport de la direction</b> .....	<b>114</b>
<b>États financiers</b> .....	<b>117</b>
<b>Équilibre budgétaire</b> .....	<b>157</b>
<b>Contrats de service</b> .....	<b>157</b>
<b>Répartition des dépenses des     activités principales par programme-service</b> .....	<b>157</b>
<b>État du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant</b> ....	<b>158</b>
<b>ANNEXE 1</b>	
<b>Code de déontologie des administrateurs applicable aux membres du C.A.</b> .....	<b>164</b>

## Message des autorités

**Il nous fait plaisir** de vous présenter sommairement les réalisations du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Ces réalisations, qui portent sur l'un ou l'autre des volets de notre mission de soins et services, d'enseignement et de recherche, résultent de l'engagement remarquable de nos équipes. Nous profitons de ce bilan annuel pour leur rendre hommage.

Cette deuxième année de la création de notre établissement, qui a été marquée par la consolidation, nous a permis de poursuivre nos efforts visant à améliorer l'accès, la continuité et la qualité des services.

Sur le plan de l'accès à un médecin de famille, nous avons constaté une nette amélioration. En effet, près de 62 % de la population est inscrite à un médecin de famille. Notons d'ailleurs que les personnes âgées et vulnérables, dont l'inscription est priorisée, sont toutes prises en charge. La création d'un nouveau groupe de médecine familiale (GMF), l'ajout de sites à deux GMF existants, le transfert de professionnels aux GMF du territoire et leur adhésion au nouveau cadre de gestion contribueront à améliorer la situation. Des mécanismes de coordination ont d'ailleurs été instaurés et associent tous les acteurs concernés. Enfin, tous les médecins du territoire ont été conviés par la direction, en décembre dernier, à une session de travail. Une centaine de médecins ont participé à cette activité fort appréciée. Toutes ces mesures ont un impact positif sur le nombre d'inscriptions.

Aussi, diverses mesures ont été mises en place afin d'améliorer la performance de l'urgence. En effet, nous avons établi des collaborations avec les cliniques de quartier de notre territoire. Ainsi, 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 dans des GMF de l'Est de Montréal. Malgré tout, cette année, nous avons connu une hausse notable de l'achalandage, soit de 5 %. Nous avons tout de même observé une légère amélioration de la durée moyenne de séjour des patients sur civière.

Nous avons formalisé, en cours d'année, l'intégration de plusieurs processus cliniques et accentué les collaborations avec plusieurs de nos partenaires. Il en est ainsi des requêtes opératoires et des demandes d'admission qui sont maintenant unifiées pour l'ensemble de notre établissement. Nous avons également mis en place un guichet d'accès unique pour les personnes qui présentent une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. Enfin, des travaux sont en cours visant à instituer un centre d'expertise en maladie chronique.

Nous avons amélioré notre offre de soins palliatifs tant à domicile qu'en centres hospitaliers avec l'ajout de 28 lits de soins palliatifs (18 lits à l'Hôpital Marie-Clarac et 10 lits à l'Hôpital Santa Cabrini).

Conformément aux dispositions légales, nous avons poursuivi notre travail visant à donner accès à l'aide médicale à mourir. Une activité de formation de grande envergure a été planifiée et réalisée dans le cadre du programme « Mourir en dignité ». Ainsi plus de 1 500 personnes ont été formées tant pour accompagner, pour informer ou simplement être sensibilisées face à cette offre de services. Nous sommes fiers de pouvoir compter sur une équipe mobilisée, dotée d'un grand humanisme, au service de notre population.

À la suite du Forum québécois sur les meilleures pratiques en CHSLD, nous avons élaboré un plan d'action soutenant la réalisation de certains engagements. Nous poursuivrons ainsi nos démarches visant à nous assurer que les soins et services qui sont offerts soient adaptés aux besoins et préférences des résidents. En ce sens, nous nous assurerons que les rôles et les responsabilités de l'équipe soignante soient bien définis et que l'approche collaborative et interdisciplinaire soit implantée. Nous nous assurerons enfin que les gestionnaires des CHSLD assument un leadership de proximité et mobilisant auprès du personnel, des résidents et de leurs proches.

En mars, nous avons accueilli avec bonheur l'annonce d'un investissement de 53,5M\$ pour la construction d'un nouveau pavillon qui sera entièrement consacré aux services de dialyse. Les travaux débiteront en juin 2017 et devraient se terminer en décembre 2018.

Nous avons révisé notre offre de services en obstétrique et en gynécologie afin d'améliorer la prise en charge en 1<sup>re</sup> ligne. Nous avons d'ailleurs convenu d'un partenariat visant l'ouverture d'une Maison Bleue sur notre territoire. Cette ressource offre non seulement un suivi de grossesse et de santé aux familles vulnérables, mais également des ressources et des interventions de prévention et de soutien dans un environnement accueillant et chaleureux, près de leur milieu de vie.

D'importants travaux se tiennent actuellement avec de nombreux partenaires afin de procéder à l'ouverture d'un site d'injection supervisé dans Hochelaga-Maisonneuve. Ce projet, mené grâce à la collaboration de l'organisme Dopamine, vise à réduire le nombre de décès par surdose et la transmission de l'hépatite C et du VIH, deux maladies qui font des ravages chez les usagers de drogues intraveineuses. Il permet également aux intervenants de rejoindre les toxicomanes et de les orienter vers des services sociaux et de santé.

Nous convenons tous de l'importance d'adopter de saines habitudes de vie. Voilà pourquoi il nous est apparu pertinent de convenir d'ententes avec la Régie des installations olympiques. Sur prescription de leur médecin, un rabais est consenti aux citoyens lors de leur inscription, ainsi qu'aux employés de notre établissement. Certains cours prénataux se déroulent également dans ces installations.

Notre CIUSSS se dote des moyens qui lui permettent de faire les suivis requis, tant au niveau de la qualité, de l'offre de services, que des indicateurs de performances clinico-administratives. D'ailleurs, la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique a procédé à des travaux d'harmonisation de la structure de soutien pour la démarche d'agrément et des activités assurant une prestation de soins et services sécuritaires. Nous avons d'ailleurs procédé à l'harmonisation de 70 % des documents qui encadrent cette prestation de soins et services. Enfin, des enquêtes d'évaluation de « l'expérience usager » ont été complétées à propos de l'équipe mobile de psychiatrie légale, celle du soutien à l'autonomie des personnes âgées (offre de loisirs en CHSLD) et de santé publique (cours prénataux).

### **Les liens avec les usagers et la population**

Tous les comités d'usagers et de résidents, de même que nos deux comités consultatifs (de l'Hôpital Santa Cabrini et du CHSLD Polonais Marie-Curie-Sklodowska) sont actifs. Il s'agit de partenaires essentiels dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des services.

Nous avons également renforcé nos liens avec notre population et nos nombreux partenaires. Ainsi, notre CIUSSS préside, avec les maires des arrondissements de son territoire, un conseil local citoyen. Il s'agit d'un lieu d'échanges et de partage sur les enjeux de l'Est de Montréal, qu'il s'agisse notamment des services en santé mentale ou de ceux destinés aux aînés. Notre établissement siège également au sein des tables de concertation multisectorielles, notamment au Comité de développement de l'Est de Montréal. Enfin, des rencontres régulières se tiennent avec de nombreux partenaires socio-économiques, institutionnels et politiques.

Le travail des bénévoles au sein de notre organisation est complémentaire aux soins et aux services donnés par nos médecins et professionnels et n'en est pas moins essentiel. Par ces gestes généreux, posés au quotidien, les bénévoles entretiennent l'espoir et la détermination des personnes qui font appel à nos soins et services. Nous sommes privilégiés de pouvoir compter sur leur énergie et leur engagement auprès des résidents, des usagers et des patients. Nous les en remercions chaleureusement!

### **Les ressources humaines**

En cours d'année, notre structure administrative a atteint sa pleine maturité avec la nomination des chefs de départements médicaux.

Signe de cette maturité, nous avons entrepris une démarche visant à nous donner une personnalité propre en nous dotant de valeurs organisationnelles, leviers importants pour favoriser la mobilisation des équipes. Une vaste démarche concertée et participative a ainsi été mise en place afin d'identifier collectivement les valeurs auxquelles le personnel s'identifie. Plus de 3000 personnes se sont impliquées dans cet exercice. À terme, cinq valeurs ont été retenues : la collaboration, la communication, le respect, le professionnalisme et la qualité des soins et services.

Grâce à la mobilisation soutenue de nos équipes, nous affichons une solide performance au plan de la gestion des ressources humaines. Dans la perspective d'assurer un milieu humain et un personnel en santé, nous avons entrepris d'harmoniser et d'optimiser la gestion des invalidités, de développer les compétences des gestionnaires sur la prévention des absences et de mener un projet de recherche sur le travail durable en santé.

Au quotidien, près de 16 000 personnes contribuent, directement ou indirectement, à servir la population au sein de notre organisation. Le dévouement et l'humanité de chacune de ces personnes constituent les éléments majeurs nous permettant une amélioration soutenue et constante de nos soins et services. Ce sont elles qui nous permettent de répondre aux différents volets de notre mission, qu'il s'agisse de soins, d'enseignement ou de recherche. Nous sommes fiers de pouvoir compter sur une équipe aussi exceptionnelle et qui réalise un travail considérable dans l'une ou l'autre de nos installations. Nous les en remercions chaudement.

### **L'enseignement, la recherche et l'innovation**

Cette année, le Département d'ophtalmologie de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a été désigné Centre universitaire d'ophtalmologie de l'Université de Montréal. Chef de file en éducation et en recherche, ce Centre constitue un exemple de collaboration interprofessionnelle réussie au service de la santé visuelle de nos concitoyens. Dans cette foulée, nous avons également mis sur pied une clinique d'ophtalmologie générale. Il s'agit d'une unité d'enseignement en soins oculaires et visuels qui accueille des étudiants en optométrie et des résidents de médecine familiale. Cette clinique, qui permet le dépistage de la rétinopathie diabétique et de la dystrophie rétinienne, offre aux étudiants une exposition riche et variée en milieu clinique, une qualité d'enseignement exceptionnelle de la part des ophtalmologistes et

une expérience de collaboration interprofessionnelle. Chaque année, 9600 patients pourront y être traités.

Nos deux centres de recherche, celui de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et celui de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, se sont illustrés dans plusieurs domaines, de la thérapie cellulaire à la prévention des maladies mentales. Cette performance témoigne de l'excellence de nos chercheurs et de leurs équipes dans le développement de technologies de la santé et des sciences de la vie.

Ainsi, Dr Jean Roy a remporté le Grand prix du Collège des médecins pour son travail sur le myélome. Madame Claude Proulx, notre infirmière pivot en greffes, a de son côté remporté le Grand prix Québec Transplant. Docteur Daniel Borsuk, notre chirurgien plastique de pointe, a réalisé une première canadienne en effectuant une reconstruction faciale sans aucune cicatrice. Ce ne sont que quelques exemples parmi d'autres.

Nous avons obtenu du Gouvernement du Canada un octroi de 15 millions de dollars sur cinq ans pour le Centre de commercialisation en immunothérapie du cancer (C3i). À cet octroi s'ajoutent les contributions d'une valeur de 35 M\$ de plus de 40 partenaires industriels ou universitaires.

Nous avons pleinement assumé notre rôle et sommes en attente du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'appréciation des quatre premières années de la création de l'Institut universitaire en santé de Montréal et la reconduction de sa désignation.

Projet phare du centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, la Banque Signature, qui rassemble des données médicales et psychosociales ainsi que du matériel biologique, commence à porter ses fruits. En effet, des chercheurs exploitent actuellement les données disponibles et leurs travaux ont fait l'objet de publications scientifiques. Trois applications mobiles, l'une portant sur l'intimidation, une autre sur le stress et une dernière sur la dépression ont été développées.

#### **Nos immobilisations et notre performance financière**

Notre établissement s'est vu attribuer une cote élevée sur le plan de la vétusté de ses immobilisations par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Cela nous a permis d'obtenir un budget de 32 M\$ pour notre CIUSSS, dont 26 M\$ afin de réaliser certains travaux à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Malgré ces investissements, l'état de certaines de nos immobilisations demeure préoccupant.

Au plan budgétaire, nous concluons cette année avec un léger déficit de 0,4%. La mise en place d'un cadre

de gestion de la performance nous a permis de structurer nos démarches d'amélioration des processus et de financement de nos activités, ce qui a contribué à nous rapprocher de l'équilibre budgétaire.

D'importants travaux ont été menés afin d'harmoniser nos systèmes d'information administratifs, notamment ceux en gestion des ressources matérielles et ceux en gestion des ressources financières. Ce travail colossal et exigeant a nécessité la collaboration de nombreuses équipes. Mentionnons enfin que nous avons également poursuivi le regroupement de certaines équipes administratives.

#### **Merci!**

Comme vous avez pu le constater, nos équipes se sont démarquées par leurs pratiques innovantes et leur recherche constante de l'excellence, au bénéfice des citoyens qui font appel à nos services. Nous leur sommes grandement reconnaissants!

Mais il nous apparaît également important de remercier chaleureusement les fondations des établissements qui forment maintenant le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Grâce à leur soutien et à la générosité de leurs nombreux donateurs, nous pouvons offrir les meilleurs soins et services, contribuer à la formation de la relève et participer au développement de traitements à la fine pointe des connaissances.

Enfin, nous sommes reconnaissants de la contribution des membres du conseil d'administration. Cette année, nous avons tenu six rencontres régulières, en plus des réunions des nombreux comités sous sa responsabilité. Être membre du conseil d'administration d'une organisation comme la nôtre constitue une charge exigeante, que chacun et chacune a rempli avec un sens du devoir sans faille et une grande disponibilité, avec pour motivation le désir de travailler à l'amélioration de l'accès, de la qualité et de la continuité des soins et services à la population. Nous partageons avec eux et avec elles la fierté des résultats atteints dans la poursuite de l'excellence et leur présentons l'expression de notre plus sincère gratitude.



Yvan Gendron  
Président-directeur général



Pierre Shedleur  
Président du conseil d'administration

## 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 2016-2017 du Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2017.



Yvan Gendron  
Président-directeur général



# Présentation de l'établissement

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-EMTL) compte 42 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 ressources non institutionnelles (RNI) pour les personnes âgées et 2078 places d'hébergement en santé mentale.

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

## Mission et services offerts

### Notre mission

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

- est au cœur d'un réseau territorial de services (RTS);
- a la responsabilité d'assurer la prestation de soins et de services à la population de son territoire sociosanitaire, incluant le volet santé publique;
- 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, 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, nous offrons des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion, soit :

## COMITÉ DE DIRECTION AU 31 MARS 2017

<b>Pierre Beudet</b>	directeur de la Logistique
<b>Marc Bélisle</b>	directeur des Ressources informationnelles
<b>Roxanne Bergeron</b>	directrice du Programme de santé mentale et dépendance
<b>Danièle Bernard</b>	directrice du Programme soutien à l'autonomie des personnes âgées
<b>Alain Bonnardeaux</b>	directeur de l'Enseignement universitaire
<b>Audrey Bouchard</b>	directrice des Soins infirmiers
<b>Sylvie Dupras</b>	présidente-directrice générale adjointe, Programme sociaux et de réadaptation
<b>Marlène Galdin</b>	directrice de la Qualité, Évaluation, Performance et Éthique
<b>Yvan Gendron</b>	président-directeur général
<b>Marie-Claude Grondin</b>	directrice des Services techniques
<b>Sylvain Lemieux</b>	directeur général adjoint, Programme santé physique générale et spécialisée et directeur des Services multidisciplinaires
<b>D<sup>re</sup> Martine Leblanc</b>	directrice des Services professionnels
<b>Céline Morin</b>	directrice générale adjointe Finances, Soutien, Administration et Performance et directrice des Ressources financières
<b>Isabelle Portelance</b>	directrice des Programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique
<b>Julie Provencher</b>	directrice du Programme jeunesse
<b>Sylvia Provost</b>	directrice des Ressources humaines, Communications et Affaires juridiques
<b>D<sup>r</sup> Denis-Claude Roy</b>	directeur de la Recherche

- Dans 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.
- Dans les centres d'hébergement :
  - services médicaux et pharmaceutiques personnalisés;
  - soins infirmiers et d'assistance en permanence;
  - services d'alimentation;
  - services de loisirs;
  - services de soins spirituels;

- services de bénévoles;
- services de caisse des résidents;
- service d'entretien des vêtements;
- services d'entretien sanitaires;
- services de sécurité;
- autres services de professionnels de la santé.

#### Soins et services en milieu hospitalier

Nous offrons des soins et services qui répondent aux besoins de l'ensemble de la population de l'Est de l'île de Montréal.

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

#### 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 qui répond aux besoins multiples de cette clientèle.

Nous avons **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 également **un volet recherche**. Le CIUSSS, 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 ces axes d'expertise spécifique.

### Désignation CAU ou institut

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

En ce sens, deux établissements 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 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 parte-

nariat 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 Sainte-Justine, l'Institut de cardiologie de Montréal, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal et l'Université de Montréal.

#### Désignation Centre affilié universitaire (CAU)

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 4 000 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 2017

## LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Pierre Shedleur	membre indépendant, président du C.A. (depuis septembre 2016)
Jean Landry	membre indépendant, président du C.A. (jusqu'en juin 2016)
Francine Décary	membre indépendante, vice-présidente du C.A.
Yvan Gendron	président-directeur général, secrétaire du C.A.

### Membres indépendants

M <sup>e</sup> Anne Côté	présidente du comité de gouvernance et d'éthique
M <sup>e</sup> Consolato Gattuso	président du comité de vérification
Mariette Lemieux-Lanthier	présidente du comité des ressources humaines et des communications
Ghislaine Prata	présidente du comité de vigilance et de la qualité
Hélène Manseau	présidente du comité de révision
Djamila Benabdelkader	
Alain Martineau	
M <sup>e</sup> Antonio Sciascia	

### Membres désignés par l'Université

D <sup>r</sup> Pierre Bourgoïn	représentant Université
D <sup>r</sup> Daniel Lajeunesse	représentant de l'Université, président du comité des affaires universitaires

### Membres élus

Steeve Gauthier	représentant, conseil des infirmières et infirmiers (CII)
D <sup>r</sup> Rafik Ghali	représentant médical, conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
D <sup>r</sup> François Loubert	représentant médecine générale, Département régional de médecine régionale (DRMG)
Émilie Mercier	représentante, conseil multidisciplinaire (CM)
Carl Mc Court	représentant, comité des usagers (CU) (depuis septembre 2016)
Pierre Parent	représentant, comité des usagers (CU) (jusqu'en juin 2016)
Sabrina Sanzari	représentante pharmacienne, Comité régional sur les services pharmaceutiques
Charles Argento	membre observateur désigné par les présidents des fondations

### Principales activités

En 2016-2017, le conseil d'administration (C.A.) a tenu six assemblées publiques.

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

- préparation à la visite d'agrément de 2017;
- uniformisation des dénominations de certaines installations du CIUSSS;
- nomination des chefs de départements médicaux;
- plan d'organisation des départements;
- entente de gestion et d'imputabilité 2016-2017;
- planification triennale 2016-2019 de maintien des actifs: volets Plan de conservation et de fonctionnalité des immobilisations et Plan de conservation des équipements et du mobilier;
- rapports bisannuels sur les soins de fin de vie;
- portfolio des services offerts par l'établissement;
- rapport du fonctionnement du régime d'examen de plaintes;
- rapport de suivis sur les niveaux de sécurité informationnelle;
- rapport sur la prévention et contrôle des infections;
- déclaration des engagements sur la qualité et la sécurité des soins et services offerts aux résidents des centres d'hébergements et de soins de longue durée;
- adoption du programme de cancérologie;
- politique en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail;
- politique de désignation toponymique;
- règlement sur le processus d'évaluation et d'autorisation des projets de recherche avec des êtres humains;
- règlement sur le comité d'éthique de la recherche et ses règles de fonctionnement;
- règlement du comité de révision;
- règlement du comité de gestion des risques;
- règlements du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, du conseil des infirmières et des infirmiers et du conseil multidisciplinaire;
- règles de fonctionnement du comité des usagers du centre intégré (CUCI).

Le conseil d'administration a également accueilli deux nouveaux membres en 2016-2017, M. Pierre Shedleur, membre indépendant et président du C.A., et M. Carl Mc Court, représentant du comité des usagers.

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

Au cours de l'année 2016-2017, aucun manquement n'a été constaté au code d'éthique et de déontologie des membres du C.A.

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

## Liste des conseils, comités ou instances

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE (CGÉ)	
M <sup>e</sup> Anne Côté	membre indépendante (présidente du comité)
Yvan Gendron	président-directeur général
Mariette L. Lanthier	membre indépendante
Hélène Manseau	membre indépendante
M <sup>e</sup> Antonio Sciascia	membre indépendant
Invités permanents	
Francine Décary	vice-présidente du C.A. (membre du comité jusqu'en décembre 2016)
Sylvia Provost	directrice des Ressources humaines, des Communications et des Affaires juridiques
Pierre Shedleur	président du C.A. (à compter de septembre 2016)

### Mandat du comité de gouvernance et d'éthique

Le comité a pour fonctions d'élaborer :

- des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
- un code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (chapitre M-30) applicable aux membres du conseil d'administration;
- des profils de compétence et d'expérience pour la nomination ou la cooptation des membres indépendants du conseil d'administration, avec le souci d'identifier les compétences diversifiées qui sont requises et la représentation souhaitée du milieu en fonction de ses caractéristiques;
- des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration;
- un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration.

Le comité procède à l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration conformément aux critères approuvés par le conseil (art. 181.0.0.1 de la LSSSS).

### Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année 2016-2017

Pour l'année 2016-2017, les membres du comité de gouvernance et d'éthique ont porté une attention particulière aux dossiers suivants :

- Mécanismes de coordination du CIUSSS
  - Présentation en avril 2016
  - Bilan en janvier 2017

Présentation par le président-directeur général des divers comités de direction et/ou de gestion mis en place au sein de l'établissement ainsi que du mandat et de la composition de chacun de ces comités, pour assurer une saine gestion des affaires de l'Établissement, le suivi des divers plans d'action ou dossiers stratégiques ainsi qu'une communication fluide entre ces instances.

- Mise en place du comité des affaires universitaires  
Ce comité veille à ce que l'établissement, tel que prévu au contrat d'affiliation avec l'Université de Montréal, s'acquitte efficacement de ses responsabilités en regard de sa désignation universitaire et rencontre les attentes du Fonds de recherche du Québec. Ce comité rend compte annuellement au conseil d'administration.
- Mise en place du comité d'éthique de la recherche (CÉR) et règlements du CÉR  
Conformément au Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et intégrité scientifique et à l'énoncé politique des trois conseils en cette matière, ce comité est créé et ses principaux enjeux consistent en la mise en place de processus d'évaluation éthique et en l'adoption d'une structure de gestion permettant une amélioration des différents processus ainsi que la réduction des coûts de fonctionnement.
- Formation des administrateurs (2<sup>e</sup> volet)  
Une séance de formation a eu lieu le 13 juin 2016, conformément à un calendrier national et au contenu établis par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Composition des comités du conseil d'administration et modalités de reddition de compte de leurs travaux  
- **Composition:** la présence limitée des administrateurs dits désignés au sein des divers comités du conseil a été quelques fois discutée. Un état de situation sur l'exigence légale quant à leur composition respective ainsi que sur la composition actuelle et leur mandat respectif a été présenté afin d'identifier la possibilité d'élargir leur composition. On a demandé aux membres du C.A. s'ils désirent participer à titre d'invités aux différents comités du C.A., d'en informer le président du C.A.

- Reddition de compte des travaux des comités: ce sujet a été discuté en vue de mieux informer les administrateurs de la nature et de la teneur des discussions des membres des comités, améliorant ainsi la confiance des administrateurs dans les recommandations émanant des travaux de ces comités.

- Politique de désignation toponymique  
Cette politique a pour objectif de traiter avec transparence, équité, uniformité, cohérence et efficacité les demandes de désignation d'un bien corporel ou autre symbole de reconnaissance en vue d'attribuer un nom à un lieu, de reconnaître concrètement l'engagement ou la contribution exceptionnelle d'une personne ou la générosité de donateurs; de favoriser une humanisation de l'environnement par des désignations ayant une signification pour le milieu; d'honorer la mémoire des bâtisseurs.
- Politique relative à l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration et de ses comités  
Cette politique établit un processus rigoureux d'évaluation de la performance de la gouvernance et des pratiques du conseil d'administration et de ses comités. Il s'agit d'une démarche indispensable d'amélioration continue visant à augmenter progressivement l'efficacité du conseil d'administration et de ses comités.

#### Bilan des activités

Au cours de l'année 2016-2017, le comité de gouvernance et d'éthique a siégé à cinq reprises avec un taux de participation de 96 %.

Voici les suivis réguliers :

Le suivi auprès du conseil d'administration de ses propres recommandations: de manière statutaire, le suivi des recommandations du CGÉ se trouve à l'ordre du jour des rencontres du C.A. La présidente dépose à chaque rencontre du C.A. un rapport des points saillants du comité.

#### Recommandations émises au C.A. par le comité de gouvernance et d'éthique au cours de l'année 2016-2017

Pour l'année 2016-2017, le comité de gouvernance et d'éthique a transmis au C.A. cinq recommandations qui ont été adoptées par le C.A., soit :

- mandat et composition du comité des affaires universitaires;
- restructuration organisationnelle et fonctionnelle du CER pour le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal;
- politique de désignation toponymique;
- composition des comités du conseil d'administration;
- adoption de la politique relative à l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration et de ses comités.

#### COMITÉ DE VÉRIFICATION

M <sup>e</sup> Consolato Gattuso	membre indépendant (président du comité)
D <sup>r</sup> Daniel Lajeunesse	membre désigné de l'Université de Montréal
Mariette L. Lanthier	membre indépendante
Alain Martineau	membre indépendant
M <sup>e</sup> Antonio Sciascia	membre indépendant

#### Invités permanents

Yvan Gendron	président-directeur général
Céline Morin	directrice générale adjointe Finances, Soutien, Administration et Performance
Pierre Shedleur	président du conseil d'administration (depuis 1 <sup>er</sup> septembre 2016)

Tableau 1

SUJET	7 avril 2016	26 mai 2016	1 <sup>er</sup> sept. 2016	13 oct. 2016	1 <sup>er</sup> déc. 2016	26 jan. 2017
Suivis, divers dossiers et recommandations	X	X	X	X	X	X
Révision des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement					X	
Évaluation du fonctionnement du C.A.				X		
Élaboration des critères d'évaluation du C.A. et de ses membres				X		
Nomination des membres du C.A. dont les postes sont vacants			X			
Nomination annuelle des membres des comités du C.A.				X		
Correspondances / autres documents d'information	X	X	X	X	X	X
Évaluation annuelle du fonctionnement du comité de gouvernance et d'éthique				X		
Plan annuel de travail du comité			X			



## Mandat du comité de vérification

Le comité de vérification doit, notamment :

- s'assurer de la mise en place d'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement ainsi que de son suivi;
- s'assurer de la mise en place et de l'application d'un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;
- réviser toute activité portée à la connaissance de l'établissement susceptible de nuire à sa bonne situation financière;
- examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration;

- recommander au conseil d'administration l'approbation des états financiers;
- veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et s'assurer qu'ils soient efficaces et adéquats;
- formuler des avis au conseil d'administration sur le contrôle interne de l'établissement et, s'il y a lieu, sur le travail de la vérification externe et interne;
- réaliser tout autre mandat relatif aux affaires financières de l'établissement que lui confie le conseil d'administration (art.181.0.0.3, LSSS).

## Bilan des activités

Au cours de l'année 2016-2017, le comité de vérification a siégé à sept reprises avec un taux de participation de 91 %.

**Tableau 2**

SUJET	7 avril 2016	26 mai 2016	10 juin 2016	1 <sup>er</sup> sept. 2016	13 oct. 2016	1 <sup>er</sup> déc. 2016	26 jan. 2017
Suivis, divers dossiers et recommandations	X	X	X	X	X	X	X
Suivis des états financiers, du budget d'exploitation et du plan d'équilibre budgétaire, s'il y a lieu	X	X	X	X	X	X	X
Adoption des emprunts à être contractés auprès du ministère des Finances	X	X	X	X	X	X	X
Déclaration de conformité de la part des dirigeants	X			X		X	
Reddition de comptes des engagements de 100000\$ et de 4000000\$ et plus	X	X	X	X	X	X	X
Reddition de comptes, Loi sur la gestion des contrôles des effectifs (LGCE)	X	X	X	X	X	X	X
Plan de travail du Responsable de l'observation des règles contractuelles (RORC)							X
Rapport annuel des travaux d'audit et recommandations du RORC					X		
Suivi des projets et activités en ressources informationnelles	X	X	X	X	X	X	X
Présentation du cadre de gestion budgétaire							X
Autorisation de signature de contrats d'approvisionnements, de services, d'immobilisations et de ressources informationnelles, des baux	X	X	X	X	X	X	X
Présentation du plan de vérification par les auditeurs externes							X
Nomination des auditeurs externes				X			
Choix de limite de la CNESST						X	
Plan de conservation et fonctionnement immobilier (PCFI)						X	
Plan de conservation de l'équipement et du mobilier (PEM)						X	
Bilan annuel des projets et activités en ressources informationnelles (BARI)			X				
Planification triennale des projets et activités en ressources informationnelles (PTPARI)			X				
Programme annuel des projets et activités en ressources informationnelles (PARI)			X				
Bilan annuel de la sécurité de l'information				X			
Dépôt des états financiers au 31 mars 2015			X				
Rapport sur le respect de la Politique d'approvisionnement					X		
Évaluation du fonctionnement du comité de vérification				X			
Évaluation du comité de vérification				X			
Calendrier annuel des séances du comité de vérification		X					
Plan annuel de travail du comité de vérification		X					

Voici les suivis réguliers :

Dossiers complémentaires :

- liste des projets courants de construction;
- révision de la Politique d'approvisionnement et des lignes internes de conduite;
- transfert de succession (harmonisation des processus des fondations);
- projet autofinancé, spectromètre de masse de type Maldi-TOF;
- grille tarifaire 2016-2017 des stationnements du CIUSSS;
- demande de financement – Agrandissement des installations de la recherche;
- rapport, travaux d'audit des comptes en fiducie;
- désignation des signataires autorisés relativement aux affaires bancaires;
- rapport spécial sur les informations financières et non financières des laboratoires de biologie médicale;
- plan d'action – Exploitation d'un parc de stationnement;
- suivi des mesures d'optimisation;
- projet de rénovation d'espace pour le Centre de recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont – Fonds d'investissement stratégique (FIS);
- évaluation des activités et du fonctionnement du comité de vérification.

- rapport financier annuel au 31 mars 2016 (AS-471);
- budget de fonctionnement 2016-2017 du CIUSSS-EMTL;
- demande d'aide financière au Programme de soutien à la recherche (PSRv2), agrandissement des installations de la Recherche;
- désignation des signataires bancaires;
- bilan annuel de sécurité de l'information;
- nomination des auditeurs externes;
- régime d'emprunt à long terme;
- planification triennale 2016-2019 du maintien des actifs – volets Plan de conservation de l'équipement et du mobilier (PCEM) et Plan de conservation et fonctionnement immobilier (PCFI);
- rapport périodique RR-444;
- CNESST – Régime rétrospectif 2017, choix de limite;
- proposition d'une structure de vérification interne;
- grille tarifaire des espaces de stationnement;
- régime d'emprunts pour les projets autofinancés – HMR.

**Tableau 3**

	7 avril 2016	26 mai 2016	10 juin 2016	1 <sup>er</sup> sept. 2016	13 oct. 2016	1 <sup>er</sup> déc. 2016	26 jan. 2017
<b>Nombre d'avis ou recommandations envoyés au C.A.</b>	2	3	3	4	0	3	3

Nombre d'avis et de recommandations envoyés au conseil d'administration : 18

Le suivi auprès du conseil d'administration de ses propres recommandations : de manière statutaire, le suivi des recommandations du comité de vérification se trouve à l'ordre du jour des rencontres du C.A. Le président dépose à chaque rencontre du C.A. un rapport des points saillants du comité de vérification.

**Avis ou recommandations émis au conseil d'administration par le comité de vérification au cours de l'année 2016-2017**

Pour l'année 2016-2017, le comité de vérification a déposé au C.A. 18 avis ou recommandations qui ont été adoptés par le C.A. dont voici la liste :

- délégation de pouvoirs dans le cadre de règlements de successions;
- dossier d'affaires de la dialyse – nouveau pavillon;
- autorisation d'emprunt pour le CIUSSS-EMTL;
- autorisation d'emprunt pour l'achat d'un spectromètre de masse de type Multi-TOF;
- grille tarifaire 2016-2017 des stationnements pour les employés du CIUSSS-EMTL;

**Résultats obtenus en fonction du mandat du comité**

- Le comité analyse divers rapports relativement à la conformité des lois et règlements :
  - rapport du Responsable de l'observation des règles contractuelles (RORC);
  - rapport des vérificateurs externes;
  - rapport d'audit interne.
 Les recommandations font l'objet d'un suivi au niveau du comité de vérification (CV).
- Le comité fait le suivi des dossiers présentant des enjeux particuliers au financement :
  - suivi périodique des résultats financiers;
  - suivi des projets des ressources informationnelles;
  - suivi des mesures d'optimisation.
- Le comité adopte les différentes planifications de l'organisation :
  - budget annuel;
  - plan de conservation de l'équipement et du mobilier (PCEM);
  - plan de conservation et fonctionnement immobilier (PCFI);
  - bilan de la sécurité de l'information.
- Le comité examine les états financiers annuels et effectue les communications nécessaires avec les vérificateurs.



## Recommandation du CV

Les membres du comité de vérification recommandent l'élaboration d'un tableau de bord afin de suivre, à l'aide d'indicateurs précis, l'évolution des dossiers stratégiques de l'établissement.

## Perspectives d'action pour la prochaine année

Dans la perspective d'assurer une vigie et une saine gestion des risques associés aux projets technologiques particulièrement liés aux priorités organisationnelles et ministérielles, les membres du comité de vérification proposent la mise en place d'un mécanisme de suivi des activités en la matière.

COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES ET DES COMMUNICATIONS	
Mariette L. Lanthier	membre indépendante, présidente du comité (depuis le 26 janvier 2017), membre du C.A.
Francine Décary	membre indépendante, membre du C.A. (présidente jusqu'à la rencontre du 13 octobre 2016)
Steeve Gauthier	représentant du conseil des infirmières et infirmiers, membre du C.A.
Invités permanents	
Yvan Gendron	président-directeur général
Jean Landry	président du C.A. (septembre 2015 à juin 2016)
Sylvia Provost	directrice des Ressources humaines, des Communications et des Affaires juridiques
Pierre Shedleur	président du conseil d'administration (depuis le 1 <sup>er</sup> septembre 2016)

## Mandat du comité des ressources humaines et des communications

Le comité des ressources humaines et des communications (CRHC) a pour mandat :

- d'examiner les processus et les critères reliés à l'octroi d'un statut, de privilèges et des obligations qui sont rattachés ainsi que d'acceptation de démissions et de congés de services des médecins, dentistes et pharmaciens;
- de formuler des recommandations au conseil d'administration sur la nomination des hors-cadres ou des cadres supérieurs et, s'il y a lieu, sur des ententes de départ;
- de s'assurer de la mise en place des politiques des ressources humaines de l'établissement;
- de favoriser un programme de reconnaissance pour services rendus à l'établissement par des personnes qui œuvrent ou qui y ont œuvré;
- de recevoir tout rapport en lien avec les priorités ministérielles en matière de main-d'œuvre notamment sur la qualité de vie au travail (assurance-salaire, main-d'œuvre indépendante et temps supplémentaire), le contrôle des effectifs et les mesures pour le personnel d'encadrement;
- de s'assurer de la mise en place d'un processus de communication en situation de crise;
- de promouvoir le rayonnement de la mission de soins, d'enseignement et de recherche et les contributions stratégiques liées à des pratiques d'excellence.

## Bilan des activités

Au cours de l'année 2016-2017, le comité des ressources humaines et des communications a siégé à cinq reprises. Il y a eu quatre rencontres virtuelles pour la nomination de cadres supérieurs. Le taux de participation des membres de l'exécutif est de 87 %.

Les sujets abordés au cours de l'année sont les suivants :

Tableau 4

SUJET	7 avril 2016	26 mai 2016	1 <sup>er</sup> sept. 2016	13 oct. 2016	1 <sup>er</sup> déc. 2016	26 jan. 2017	
Suivis, divers dossiers et recommandations	X	X	X	X	ANNULÉE	X	
Programme de reconnaissance				X			
Politiques de ressources humaines	X	X					X
Plan de communication (population, personnel et partenaires)							X
Bilan médias	X	X	X	X			X
Rapport de plaintes de harcèlement psychologique	X						
Évaluation annuelle des activités et du fonctionnement du comité des ressources humaines et des communications				X			
Approbation du calendrier annuel des séances du comité des ressources humaines et des communications	X						

**Tableau 4** (suite)

SUJET	7 avril 2016	26 mai 2016	1 <sup>er</sup> sept. 2016	13 oct. 2016	1 <sup>er</sup> déc. 2016	26 jan. 2017
Approbation du Plan annuel de travail du comité des ressources humaines et des communications	X	X	X	X	ANNULÉE	X
Nominations de cadres supérieurs	X	X	X	X		X
Ententes de fin d'emploi	X	X	X			
Nominations de chefs de départements médicaux	X					
Entente de fin d'emploi	X	X	X			
Processus de nomination des médecins	X					
Organigramme de l'encadrement supérieur du CIUSSS	X					
Plan d'organisation des départements	X					
Uniformisation des dénominations des CHSLD	X					
Orientations en matière de gestion de crise médiatique	X					
Loi sur les unités de négociation du secteur des affaires sociales	X	X		X		
Négociations locales				X		X
Optilab				X		

**Recommandations émises au C.A. par le CRHC au cours de l'année 2016-2017**

Le comité des ressources humaines et des communications a pris connaissance des dossiers et des recommandations soumis par la direction du CIUSSS. Après analyse des documents et discussion, ils ont recommandé leur adoption au conseil d'administration.

Pour l'année 2016-2017, le CRHC a recommandé au C.A. 35 recommandations qui ont toutes été adoptées par le C.A., soit les suivantes :

- politique en matière de promotion de la civilité et de la prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail;
- organigramme du CIUSSS – encadrement supérieur;
- plan d'organisation des départements;
- congés mobiles en psychiatrie pour les cadres de l'IUSMM;
- congés pour vacances annuelles – personnel d'encadrement;
- inscription annuelle au Barreau;
- uniformisation des dénominations des CHSLD et des CLSC du CIUSSS-EMTL;
- entente de fin d'emploi d'un cadre intermédiaire;
- fermeture d'un dossier en période de probation;
- demande de dérogation – Dénomination des installations;
- nomination du chef de département d'Anesthésiologie;
- nomination du chef de département de Biologie médicale;
- nomination du chef de département de Chirurgie;

- nomination du chef de département d'Imagerie médicale;
- nomination du chef de département de Médecine générale;
- nomination du chef de département de Médecine spécialisée;
- nomination du chef de département de Médecine d'urgence;
- nomination du chef de département d'Obstétrique-gynécologie;
- nomination du chef de département d'Ophtalmologie;
- nomination du chef de département de Pédiatrie;
- nomination du chef de département de Psychiatrie;
- nomination du chef de département de Radio-oncologie;
- politiques de gestion des cadres – congés compensatoires;
- nomination d'une directrice adjointe – développement et programmes spécifiques à la Direction du programme jeunesse;
- nomination d'une directrice à la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique;
- date d'entrée en fonction de la présidente-directrice générale adjointe;
- entente de fin d'emploi d'un cadre intermédiaire;
- entente de fin d'emploi d'un cadre intermédiaire;
- nomination d'une directrice à la Direction des services professionnels;
- politique de désignation toponymique;
- nouvelle dénomination du centre d'intervention de crise l'Appoint;
- nomination du directeur des Soins infirmiers (2015-35 amendée);

- nomination d'une directrice adjointe de l'Enseignement universitaire – volet administratif;
- nomination de la responsable des services de sage-femme du CIUSSS EMTL;
- nomination d'une directrice des programmes de déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique.

Le suivi auprès du conseil d'administration de ses propres recommandations :

De manière statutaire, le suivi des recommandations du CRHC se trouve à l'ordre du jour des rencontres du conseil d'administration. La présidente dépose à chaque rencontre du C.A. un rapport des faits saillants du comité des ressources humaines et des communications.

#### Perspectives d'action pour la prochaine année

Pour l'année 2017-2018, le comité élaborera un tableau de bord lui permettant de suivre de façon plus particulière certains indicateurs relatifs à la main-d'œuvre, de faire le suivi du plan stratégique touchant la mobilisation du personnel (taux de main-d'œuvre indépendante, de temps supplémentaire et d'assurance-salaire). Enfin, le comité, par ce tableau de bord, pourra apprécier les activités générées par les stagiaires universitaires (sauf médicales) et autres qu'universitaires.

La présidente souligne la participation des membres et la qualité des échanges lors des rencontres du comité. Elle tient à remercier la Direction pour son soutien à la préparation des réunions.

<b>COMITÉ DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES (CAU)</b>	
<b>D<sup>r</sup> Daniel Lajeunesse</b>	membre désigné de l'Université de Montréal (président du comité)
<b>Djamila Benabdelkader</b>	membre indépendante
<b>D<sup>r</sup> Pierre Bourgoïn</b>	représentant de l'Université de Montréal
<b>Yvan Gendron</b>	président-directeur général
<b>Émilie Mercier</b>	membre désigné par le C.A.
<b>Invités permanents</b>	
<b>D<sup>r</sup> Alain Bonnardeaux</b>	directeur de l'Enseignement universitaire
<b>Claire-Joane Chrysostome</b>	directrice adjointe de l'Enseignement universitaire – volet administratif
<b>Pierre Fontaine</b>	directeur adjoint administratif – Direction de la recherche
<b>Stéphane Guay</b>	directeur adjoint scientifique – Direction de la recherche
<b>D<sup>r</sup> Denis-Claude Roy</b>	directeur de la Recherche
<b>Pierre Shedleur</b>	président du conseil d'administration (depuis le 1 <sup>er</sup> septembre 2016)

#### Mandat du comité des affaires universitaires

Le comité des affaires universitaires veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités conformément à la désignation universitaire du CIUSSS-EMTL, au contrat d'affiliation conclu avec l'Université de Montréal ainsi qu'aux attentes du Fonds de recherche du Québec – Santé envers les établissements hôtes d'un ou plusieurs centres de recherche reconnus.

À cette fin, le comité des affaires universitaires doit notamment :

- recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur les activités d'enseignement universitaire ou de recherche;
- faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations;
- veiller à ce que la Direction de l'enseignement universitaire et la Direction de la recherche disposent des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer leurs responsabilités de façon efficace et efficiente;

et plus spécifiquement :

- recommander l'adoption par le C.A. des règlements et politiques suivants :
  - contrat d'affiliation avec l'Université de Montréal;
  - traitement des plaintes à des fins disciplinaires concernant les résidents en médecine;
  - politique institutionnelle – Cadre réglementaire de la recherche;
  - règlement sur le comité d'éthique de la recherche;
  - politique sur la conduite responsable en recherche;
  - politique sur la gestion de la propriété intellectuelle.

Le comité s'assure de leur application et mise à jour annuelle.

#### Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année 2016-2017

Pour l'année 2016-2017, les membres du CAU ont porté une attention particulière aux dossiers suivants :

- projets immobiliers;
- règlements et politiques à venir.

#### Bilan des activités

Au cours de l'année 2016-2017, le comité des affaires universitaires a tenu une rencontre avec un taux de participation des membres de l'exécutif de 80 %.

Voici les suivis réguliers :

SUJET	1 <sup>er</sup> déc. 2016
Présentation des responsabilités du comité des affaires universitaires	X
Présentation de la Direction de l'enseignement	X
Présentation de la Direction de la recherche	X
<b>Projets immobiliers :</b>	
• Mesures transitoires – CRHMR	X
– Couvent	X
– Subvention FIS	X
• Nouveau CRHMR – phase 1	
– Demande de financement MESI	X
• Rénovation de l'amphithéâtre HMR	X
<b>Règlements et politiques à venir :</b>	
• Politique sur l'évaluation et l'approbation d'un projet de recherche chez l'humain	X
• Politique sur la convenance institutionnelle	X
• Politique sur l'évaluation scientifique des projets de recherche chez l'humain	X
• Politique sur la conduite responsable en recherche	X
• Politique institutionnelle – Cadre réglementaire de la recherche	X
• Traitement des plaintes à des fins disciplinaires concernant les résidents en médecine	X

Nombre d'avis et de recommandations envoyés au conseil d'administration : aucun.

**Avis ou recommandation émis au CA par le CAU au cours de l'année 2016-2017**

Aucun.

**Résultats obtenus en fonction du mandat du comité**

Puisqu'une seule réunion a eu lieu cette année, celle-ci consistait à former le comité, à rencontrer les membres pour une première fois et à établir le mandat du comité.

**Suivi des rapports et recommandations transmis au comité des affaires universitaires dans le rapport annuel des comités du C.A. pour l'année 2016-2017**

Aucun.

**Recommandation du CAU**

Assurer un suivi des cadres réglementaires de la recherche et de la conduite responsable en recherche auprès des chercheurs. S'assurer que l'ensemble de la communauté de recherche connaisse les règles et les étapes de suivi d'un dossier au CAU.

**Perspectives d'action pour la prochaine année**

Préparer une présentation pour la communauté universitaire afin de l'informer des règles.

**Enjeux**

La constitution du comité et la présentation du plan de développement des nouveaux espaces dédiés à la recherche ont été au cœur de notre première rencontre et des préoccupations du comité. Puisque le comité est maintenant en place, nous pourrions poursuivre les objectifs déjà décrits au courant de cette première réunion. Nous pourrions aussi envisager de mieux faire connaître ce comité à nos commettants et de leur exposer les objectifs de l'année en cours.

COMITÉ DE RÉVISION	
Hélène Manseau	membre indépendante (présidente du comité)
D <sup>r</sup> Jacques Tremblay	pneumologue, Hôpital Maisonneuve-Rosemont
D <sup>re</sup> Sandra Haxuan	omnipraticienne, installation CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel

Au cours de l'année 2016-2017, le comité de révision a siégé à huit reprises.

## COMITÉ D'ÉTHIQUE EN RECHERCHE

Personnes ayant une vaste connaissance des méthodes ou des domaines de recherche couverts par le comité :

Stéphane P. Ahern	président intérimaire – membre du CMDP
Helen Assayag	membre du CMDP, pharmacienne
D <sup>r</sup> Guy Aumai	médecin
D <sup>re</sup> Julie Beaudet	médecin
D <sup>re</sup> Claire Béliveau	médecin
D <sup>r</sup> Yves Bendavid	médecin
D <sup>r</sup> Alain Bonnardeaux	médecin
Philippe Bouchard	membre du CMDP, pharmacien
D <sup>re</sup> Anne Boucher	médecin
Richard Boyer	chercheur
D <sup>re</sup> Isabelle Brunette	médecin
D <sup>r</sup> Lambert Busque	médecin
D <sup>r</sup> Pierre Chabot	médecin
D <sup>r</sup> Gabriel Chan	médecin
D <sup>r</sup> Christian Constance	médecin
M <sup>e</sup> Karine Daoust	membre du CMDP, pharmacienne
D <sup>re</sup> Lara Degeurke	médecin
D <sup>r</sup> Jean-Luc Dionne	médecin
D <sup>re</sup> Suzanne Fortin	médecin
D <sup>r</sup> Mai-Kim Gervais	médecin
D <sup>r</sup> Paul Harasymowycz	médecin
D <sup>re</sup> Margaret Henri	médecin
D <sup>re</sup> Annie-Claude Labbé	médecin
D <sup>r</sup> Jean-François Latulippe	médecin
D <sup>r</sup> Patrick Lavigne	médecin
D <sup>r</sup> Guy Leblanc	médecin
Julie Leclerc	chercheuse
D <sup>r</sup> Martin Légaré	médecin
D <sup>r</sup> Alain Lesage	médecin
D <sup>re</sup> Nicole Lessard	médecin
D <sup>r</sup> Julien Letendre	médecin
Millie Lum	membre du CMDP, pharmacienne
D <sup>re</sup> Luigina Mollica	médecin
D <sup>r</sup> Roger Mousseau	médecin
Jean-François Pelletier	chercheur
D <sup>r</sup> Louis Péloquin	médecin
D <sup>r</sup> Vincent Pichette	médecin
D <sup>re</sup> Madeleine Poirier	médecin
Denis Projean	membre du CMDP, pharmacien
Jean Proulx	chercheur
Marceline Quach	membre du CMDP, pharmacienne
D <sup>r</sup> Philippe Richebé	médecin
D <sup>r</sup> Alain Robillard	médecin
D <sup>r</sup> Peter Vavassis	médecin
D <sup>r</sup> Pascal-André Vendittoli	médecin

Personnes spécialisées en éthique et en droit :

Marie Hirtle	personne spécialisée en éthique et en droit
Brigitte St-Pierre	personne spécialisée en éthique

Personnes représentant les groupes utilisant les services des établissements où se déroulent les projets de recherche mais n'y étant pas affiliées :

Lise Dominique	représentante de la communauté – Non affiliée
Marie-Anne Doucet	représentante de la communauté – Non affiliée

## Conseil multidisciplinaire (CM)

Une première assemblée générale du conseil multidisciplinaire a eu lieu le 25 avril 2016, lors de laquelle ses règlements généraux ont été adoptés. Le 8 juin 2016, les membres ont procédé à l'élection des 10 membres du comité exécutif et, quinze jours plus tard, à l'élection des cinq officiers du CM permanent.

### CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CECM) AU 31 MARS 2017

Martin St-George	président, organisateur communautaire/CLSC Hochelaga-Maisonneuve
Guy Jolicoeur	vice-président, travailleur social/CLSC de Saint-Michel
Carole Vacher	trésorière, psychologue/CLSC de Saint-Michel
Émilie Mercier	secrétaire, ergothérapeute/HMR
Sylvain Dubé	responsable communications, travailleur social/HSC
Cynthia Adolphe	éducatrice spécialisée/IUSMM
Guy Bourgie	éducateur spécialisé/CLSC de Saint-Michel
Ahmed Douadi	technicien en génie biomédical/HMR
Julie Dumas	nutritionniste/HMR
Roselyne Héту	assistante-chef inhalothérapie/HMR
Yvan Gendron	président-directeur général CIUSSS-EMTL
Sylvain Lemieux	directeur des Services multidisciplinaires CIUSSS-EMTL

Trois autres membres seront cooptés à la prochaine assemblée générale, en accord avec les règlements généraux adoptés. Les dix membres élus représentent des titres d'emplois variés, divers milieux de travail et diverses missions du CIUSSS-EMTL.

### Faits saillants

- Mise en place des comités internes

Rapidement, le comité exécutif s'est réuni afin de mettre en place une structure décisionnelle et une structure de comités de travail. La structure décisionnelle a été assurée par les cinq officiers du CM, qui ont tenu une conférence téléphonique chaque semaine et, au besoin, des réunions. Au sein du CIUSSS-EMTL, cinq comités de travail se sont ainsi organisés : un comité d'implantation des comités de pairs, un comité de maintien et de promotion de la compétence, un comité des communications, un comité de révision des statuts et règlements et un comité activités de reconnaissance. Chaque comité a désigné un responsable qui a fait rapport de l'avancement des travaux au comité exécutif à toutes les rencontres officielles du CM.

- Plan d'action et plan de communication

Un des premiers objets sur lequel se sont penchés les membres du comité exécutif du conseil multidisciplinaire a consisté à voter un plan d'action en dix points et de déterminer les priorités à exécuter dans les six mois suivants, soit jusqu'au 31 mars 2017. Il a été convenu que les points non abordés seraient reconduits dans le futur plan d'action 2017-2018. L'un des points sur lequel l'exécutif a mis l'accent : bien communiquer avec les 2 700 membres via divers moyens contenus dans un plan de communication approuvé et mis en place rapidement (voir les réalisations au point du comité des communications).

- Comité de maintien et promotion des compétences (CMPC)

Ce comité de travail s'est réuni à quatre reprises dans le courant de l'année.

Parmi les principales actions réalisées par ses membres figurent des efforts de communication interne pour une meilleure compréhension du mandat du CMPC et la prise de connaissance des problèmes vécus par les membres du CM sur le terrain.

Par ailleurs, les membres du CMPC ont effectué des consultations de quelques membres des équipes pour vérifier leur satisfaction à l'endroit des formations données et des besoins nouveaux ou non répondus par le plan de formation.

Les membres du CMPC ont préparé les étapes à venir, à savoir un retour sur la collecte des besoins de formation faite par la DRHCAJ en mai 2017 et des suggestions à faire au comité suite à la lecture du plan de formation pour 2017-2018.

Le CMPC a émis plusieurs recommandations, dont :

- la poursuite de la collaboration entre les membres élus du CM et les représentants de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) et de la Direction des services multidisciplinaires (DSM);
- la présentation de ses services par la DRHCAJ à l'assemblée générale du CM.

- Comité d'implantation des comités de pairs (CCCP)

Ce comité de travail s'est réuni à deux reprises dans le courant de l'année.

Suite à l'adoption des règlements du CM à l'assemblée générale de 2016, ce comité a été mis en place pour rédiger une politique s'inspirant des meilleures pratiques des comités de pairs et faciliter leur émergence.

Parmi les principales actions réalisées par ce comité de travail se retrouvent la recension des documents existants des sept établissements fusionnés, l'ajout des documents de l'association, l'ACMQ; la rédaction d'un plan d'action et d'une procédure d'encadrement des comités de pairs. Enfin, une politique a été soumise au CECM et adoptée le 15 mars 2017.

Les membres du CCCP ont effectué une consultation auprès de la Direction des services multidisciplinaires du CIUSSS-EMTL.

Les étapes à venir consisteront à faire connaître la politique, procéder au lancement des comités de pairs, en faire la promotion, le suivi et l'accompagnement. Un bilan sera à préparer pour la fin de l'année prochaine.

- Comité des communications

Ce comité de travail s'est réuni à quatre reprises durant l'année dernière.

Les objectifs de ce sous-comité consistent à rejoindre tous les membres du CM dans les 42 installations du CIUSSS-EMTL, à informer les membres des réalisations de l'exécutif du CM et de ses comités. Le comité des communications est chargé d'assurer la diffusion de l'information sur l'assemblée générale du CM de juin 2017.

Au 31 mars 2017, le comité des communications du CM avait plusieurs réalisations à son actif :

Élaboration d'un plan de communication interne et externe :

- Mobilisation des membres du CM par plusieurs moyens, dont l'intranet, un bulletin mensuel, la diffusion de courriels et la mise à jour des babillards dans les établissements;
- Diffusion d'un bulletin mensuel de deux pages, décrivant les actions du CM et illustrant une profession grâce à une courte entrevue de l'un des membres;
- Création d'une adresse courriel au nom du CM.

Le comité des communications a effectué plusieurs consultations pour l'obtention d'un gabarit destiné à constituer la rubrique du CM sur l'intranet du CIUSSS et la production d'un bulletin selon les lignes directrices du Service des communications du CIUSSS-EMTL.

Les membres du comité planifient les prochaines étapes, à savoir la conception d'un dépliant dédié aux membres et aux nouveaux employés membres du CM et la désignation d'agents de liaison dans les sites où le CM est peu représenté.

Les recommandations de ce comité de travail portent essentiellement sur la poursuite du travail effectué en



lien avec le plan de communication déjà approuvé et l'utilisation d'autres moyens de communication pertinents aux objectifs du CM.

- Comité de révision des règlements généraux

Ce comité de travail s'est réuni à deux reprises dans le courant de l'année.

Le comité s'est occupé de faire une révision du règlement complet qui a été approuvée par le CECM, le 15 mars 2017. Les objectifs consistaient à uniformiser et préciser les libellés, à adapter, au besoin, les règlements à la réalité du CM et du CIUSSS-EMTL et à étudier particulièrement les articles touchant la composition du CECM et son processus électoral.

Au chapitre des consultations effectuées, les membres du comité de travail ont soumis le projet de révision aux Affaires juridiques du CIUSSS-EMTL.

La prochaine étape consistera à soumettre le projet de révision qui sera déposé au MSSS et ensuite à le faire adopter par le conseil d'administration du CIUSSS-EMTL.

- Comité ad hoc sur le transfert des professionnels en GMF

À la suite du souhait exprimé par le comité exécutif, le vice-président du CECM a participé à un comité de travail de l'Association sur le sujet. Un avis et une recommandation ont été rédigés et acheminés au ministère. Cet avis, intitulé «Le transfert des professionnels dans les GMF» a été diffusé à une réunion de l'exécutif du CM.

- Comité activités de reconnaissance

Le comité n'a pas été formé et n'a pas tenu de rencontres formelles.

- Travaux du comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM)

Le comité exécutif du conseil multidisciplinaire s'est réuni huit fois et a tenu six séances de travail au cours de l'année.

Outre le travail de ses sous-comités, le comité exécutif a aussi réfléchi et rédigé un avis sur le rôle des spécialistes en activités cliniques (SAC) qui, dans la structure actuelle, varie selon la direction ou le programme où ce titre d'emploi est effectif. L'avis a été déposé à la Direction générale.

D'autres questions ont été posées et soumises à la Direction des services multidisciplinaires au sujet du dossier de la prévention du suicide et aux politiques concernant des pratiques professionnelles.

Le CECM s'est impliqué dans l'élaboration de la politique de stages accueillis dans les divers milieux d'enseignement du CIUSSS-EMTL selon ses diverses missions (CH, CLSC, CHSLD).

Enfin, le CECM a influencé la rédaction de la nouvelle politique sur l'usage de contentions d'usagers en crise, par des commentaires appropriés de ses membres.

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

#### Membres du comité exécutif du CMDP

<b>D<sup>r</sup> Rafik Ghali</b>	Hôpital Maisonneuve-Rosemont (président)
<b>D<sup>r</sup> Ian Ajmo</b>	Hôpital Santa Cabrini (vice-président)
<b>Martin Franco</b>	Hôpital Maisonneuve-Rosemont (secrétaire-trésorier)
<b>D<sup>r</sup> Alain Bonnardeaux</b>	directeur de l'Enseignement du CIUSSS-EMTL
<b>D<sup>re</sup> Diane Brideau</b>	Installations Pointe-de-l'Île, Conseillère CSSS, Volet CLSC
<b>D<sup>r</sup> Joseph Élias Feghali</b>	Hôpital Santa Cabrini, Conseiller HSC
<b>Yvan Gendron</b>	président-directeur général du CIUSSS-EMTL
<b>D<sup>re</sup> Suzette Ghoubril</b>	Installation Lucille-Teasdale, Conseiller CSSS, Volet hébergement (CHSLD)
<b>D<sup>re</sup> Martine Leblanc</b>	directrice des Services professionnels du CIUSSS-EMTL
<b>D<sup>r</sup> Vincent Pichette</b>	Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Conseiller HMR
<b>D<sup>r</sup> Marc Sasseville</b>	Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Conseiller IUSMM

#### Mandat du CMDP

Le CMDP est composé de médecins, de dentistes et de pharmaciens à qui le conseil d'administration (C.A.) du CIUSSS-EMTL a dûment accordé un statut et des privilèges, le cas échéant, afin d'y exercer leur profession dans l'établissement *Réf. : Loi, a. 213, 329, ROAÉ, a. 95.*

Lorsqu'aucun chef de département clinique n'est désigné, le CMDP exerce la responsabilité du chef de département clinique en vertu du premier alinéa de l'article 190 de la Loi, soit principalement la surveillance dont s'exercent la médecine, la médecine dentaire et la pharmacie dans ce département. *Réf. : Loi, a. 190.*

À la demande du C.A. du CIUSSS, le CMDP doit élaborer les règles de soins médicaux et dentaires ainsi que les règles d'utilisation des médicaments lorsque le chef de département clinique n'est pas en mesure de le faire. *Réf. : Loi, a. 190.*

Dans l'exercice de ses fonctions, le CMDP tient compte de la nécessité de rendre des services adéquats et efficaces aux usagers, de l'organisation de l'établissement et des ressources dont dispose cet établissement. *Réf. : Loi, a. 214.*

Le CMDP a émis plus de 170 recommandations au C.A. du CIUSSS. À l'intérieur de ses recommandations, 95 nominations administratives ont eu lieu.

Du mois d'avril 2016 au mois de juin 2016, un comité transitoire a assuré les travaux du comité exécutif du CMDP. Le présent comité exécutif du CMDP a été créé au mois d'août 2016. Celui-ci a été désigné par le biais d'élections. En tout, le présent comité exécutif du CMDP a tenu huit réunions durant l'exercice 2016-2017.

## CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

### Composition du comité exécutif du CII (CECII), institué en vertu de la Loi, au 31 mars 2017

<b>Monique Nguyen</b>	présidente, infirmière clinicienne en maladies chroniques / Installations de Saint-Léonard et Saint-Michel
<b>Mélissa Lalonde</b>	vice-présidente, conseillère en soins infirmiers/HSC
<b>Josée Labbé</b>	trésorière, infirmière clinicienne – Clinique STRP/IUSMM
<b>Audrey Bouchard</b>	secrétaire, directrice des Soins infirmiers
<b>Daniel Beauregard</b>	assistant infirmier-chef – gérontopsychiatrie/IUSMM
<b>Aurore Cockenpot</b>	infirmière clinicienne USI/HMR
<b>Claudiel Guillemette</b>	directeur adjoint des Soins infirmiers – Volet pratiques professionnelles et de l'excellence en soins infirmiers
<b>Fatima-Zohra Haloui</b>	assistante infirmière-chef au CHSLD Jean-Hubert Biermans / Installations Pointe-de-l'Île, agente de communication
<b>Malgorzata Kiliszek</b>	infirmière chef d'équipe / CHSLD Polonais Marie-Curie-Sklodowska
<b>Johanne Laramée</b>	infirmière clinicienne à la Maison Bleue-équipe SIPPE / Installations Lucille-Teasdale – agente de communication
<b>Alexandra Smilovich</b>	infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat - Famille-enfance-jeunesse 0-5 ans / Installations de Saint-Léonard et Saint-Michel
<b>Yvan Gendron</b>	président-directeur général

#### Invités

<b>Steeve Gauthier</b>	infirmier désigné au conseil d'administration par le collège électoral du CII
<b>Hélène Ménard</b>	chef de service à l'évaluation des soins infirmiers et du matériel de soins

#### Membres dont le mandat s'est terminé en décembre 2016 (élections)

<b>Pascale Foisy</b>	conseillère clinique pour le préceptorat et les stages / Installations Lucille-Teasdale
<b>Virginie Gagné De Courval</b>	conseillère en soins infirmiers / Installation HMR – agente de communication

#### Membre dont le mandat s'est terminé en septembre 2016 à la suite d'une démission

<b>Patricia Lafrenière</b>	chef de service du développement de l'expertise infirmière des programmes sociaux et de réadaptation / Installations Pointe-de-l'Île
----------------------------	--



## Faits saillants

- Le règlement de régie interne du CECII a été adopté à l'assemblée générale tenue en juin 2016. Ce règlement a fait l'objet d'une approbation subséquente par le conseil d'administration du CIUSSS-EMTL en juin 2016 et par le MSSS, en août 2016. L'adoption du règlement a mis fin au statut transitoire du comité exécutif.
- La première élection du comité exécutif a eu lieu avec la nomination de deux nouveaux membres à l'exécutif en décembre 2016. La cooptation intervenue subséquemment a permis de désigner deux nouveaux membres en mars 2017. À la fin mars 2017, neuf des dix sièges de l'exécutif étaient comblés.
- Le CECII a veillé à assurer une représentativité au sein du comité des pratiques professionnelles.
- De la même façon, le CECII s'est assuré de sa représentativité au sein du comité de gestion des risques.
- Les membres du CII ont participé aux activités associées à la démarche d'identification des valeurs.
- Trois membres du CII ont participé à l'assemblée générale et au congrès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) en tant que «délégués».
- Des membres ont participé à l'assemblée générale de l'Association des conseils des infirmières et infirmiers du Québec (ACIIQ) et à une assemblée générale extraordinaire.

Le CII a participé en février 2017 à l'événement-partenariat CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal et de la Faculté des sciences infirmières (FSI) de l'Université de Montréal (UdM): «L'infirmière, acteur clé des soins de première ligne: de la naissance à la fin de la vie». Une négociation a été amorcée avec la FSI de l'UdM pour obtenir l'organisation de l'évènement en 2018, en collaboration avec la DSI.

Plusieurs membres du CII ont participé à la formation de l'ACIIQ «Le CII, son rôle, ses responsabilités et ses partenaires».

La reconnaissance du Prix Florence 2016 a été décernée à M<sup>me</sup> Chantal Fortin.

La reconnaissance du Grand prix de Québec Transplant 2016 a été décernée à M<sup>me</sup> Claude Proulx.

Le CII a apporté son assistance aux étudiants de l'UdM (projet / cours de leadership).

Le CII a organisé les activités de la Semaine de l'infirmière et de la Journée de l'infirmière auxiliaire, en collaboration avec l'Institut de cardiologie de Montréal.

Le plan de communication a été actualisé avec des travaux portant sur le bottin des adresses courriel des membres du CII, l'élaboration de l'arborescence intranet et la rédaction d'un article à paraître dans le journal interne 360.

Le partenariat avec le comité exécutif du conseil multidisciplinaire a donné lieu à la constitution d'un comité ad hoc qui a tenu des réunions à trois reprises dans le courant de l'année.

Le CII a assuré une consultation et un accompagnement dans son mandat au comité de la relève infirmière.

Enfin, des démarches ont été amorcées pour mettre en place le conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA).

Au cours de l'année 2016-2017, le CECII a également émis des recommandations et des avis sur les sujets suivants :

- règle de soins : «dépistage et surveillance de l'hyperbilirubinémie» (HMR);
- règle de soins infirmiers : «prescription infirmière»;
- vision intégrée des pratiques professionnelles DSI-DSP-DSM pour le CIUSSS-EMTL;
- gouvernance à la DSI;
- politique «Contre la maltraitance envers les aînés vulnérables»;
- politique POL-010 et procédure PRO-004 «Refus de tournée visuelle à la chambre entre 22 h et 6 h en CHSLD»;
- politique POL-025 et procédure PRO-011 «Identification des usagers»;
- protocole interdisciplinaire : «Protocole d'application des mesures de contrôle»;
- procédure de niveau de soins alternatifs, plan de communication et déploiement associés;
- préoccupations concernant la qualité des soins, la sécurité des usagers et la gouvernance des soins auprès de Mme Sylvie Dubois (DSI, MSSS), par l'entremise de l'ACIIQ et de Mme Audrey Bouchard (DSI);
- agrément : clarification du rôle de l'exécutif du CII;
- constitution du comité conjoint CII-CM avec les facultés de l'UdM;
- Optilab : détermination des problématiques potentielles;
- séance d'accueil des ressources humaines, processus d'orientation de la DSI;
- recommandation sur le plan de développement des compétences (PDC) 2016-2017.

Le CECIL s'est réuni à neuf reprises au cours de l'année et son assemblée générale annuelle a eu lieu le 5 juin 2017. Plusieurs rencontres de travail et une rencontre extraordinaire ont également eu lieu pour faire progresser les dossiers gérés par le comité.

<b>COMITÉ DES USAGERS DU CENTRE INTÉGRÉ (CUCI)</b>	
<b>Carl Mc Court</b>	<b>Président (CUCI)</b> président du comité des usagers de Saint-Léonard et Saint-Michel
<b>Jeannelle Bouffard</b>	<b>Vice-présidente (CUCI)</b> présidente du comité des usagers de Lucille-Teasdale
<b>Francesca d'Errico</b>	<b>Secrétaire (CUCI)</b> présidente du comité des usagers de l'Hôpital Santa Cabrini
<b>France Moreau</b>	comité des usagers de la Pointe-de-l'Île
<b>Geneviève Brûlé</b>	comité des usagers de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal
<b>Jacques Hould</b>	président du comité des usagers de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont
<b>George Pajuk</b>	comité des usagers du CHSLD Polonais Marie-Curie-Sklodowska
<b>Micheline Vermette</b>	comité de résidents du Centre d'hébergement J.-Henri Charbonneau
<b>Lucille Le Boudier</b>	comité des résidents du CHSLD Robert-Cliche
<b>Joseph Ferrarelli</b>	comité des résidents du CHSLD Dante

Huit rencontres ont été tenues par le CUCI entre le 1<sup>er</sup> avril 2016 et le 31 mars 2017, aux dates suivantes :

- 25 avril 2016
- 16 mai 2016
- 20 juin 2016
- 19 septembre 2016
- 28 novembre 2016
- 9 janvier 2017
- 27 février 2017
- 27 mars 2017

#### Faits saillants

L'année écoulée a vu la démission du président du CUCI et l'élection d'un nouveau président.

Le comité a procédé à l'adoption de plusieurs documents de référence, de rapports et entériné des décisions, dont les règles de fonctionnement du CUCI, le guide des

valeurs et d'éthique, la désignation de nouveaux membres, le rapport d'activités 2015-2016 et, enfin, le plan de communication.

Les membres du CUCI ont assisté à plusieurs présentations et répondu à de nombreuses consultations des directions et des services du CIUSSS-EMTL sur des sujets tels que les politiques, l'agrément, etc.

Les membres du CUCI ont participé à différentes instances du CIUSSS-EMTL, dont le conseil d'administration, le comité de vigilance et de la qualité, le comité de gestion des risques. Ils ont également collaboré à des consultations sur l'agrément.

## Activités de l'établissement

Les soins et services offerts par le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal s'articulent autour de 16 directions et une direction générale, comme en témoigne l'organigramme à la page 10. Au cours de l'année 2016-2017, chaque direction a travaillé à la réalisation de nombreux projets que nous vous présentons dans les pages qui suivent.

### Les directions cliniques

#### Direction de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

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

- Le déploiement du projet clinique dans la communauté a bénéficié de la nomination de D<sup>re</sup> Patricia Ayoub au poste de coordonnatrice médicale, contribuant ainsi à une meilleure intégration du programme clinique durant la dernière année.

Cette intégration a couvert : toutes les normes et pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada; les composantes de l'outil de suivi à l'implantation de réseaux intégrés auprès des personnes âgées (OSIRSIPA), les indicateurs de l'entente de gestion et d'imputabilité, le budget d'investissement du soutien à domicile (SAD), les recommandations du MSSS lors de la visite des ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF), les exigences de déploiement du cadre de référence RI-RTF, les recommandations du Vérificateur général et les attentes de gestion de la Direction.

Afin de réunir ces indicateurs, normes, cibles, etc. (soit plus de 150 critères) et de concrétiser la vision du projet, il y a eu création du cheminement-type des usagers à domicile et identification de toutes les occasions d'amélioration de nos processus ainsi que la mise en place de comités de travail pour réaliser les améliorations souhaitées.

L'ensemble des indicateurs regroupés du projet clinique sont intégrés dans le tableau de bord de la salle de pilotage tactique de la Direction adjointe du continuum des services clientèles.

Dix indicateurs prioritaires ont été ciblés afin d'être suivis dans la salle de pilotage tactique de la Direction SAPA.

- L'amélioration de l'accessibilité et de l'intensité des services en SAD s'est traduite par une performance accrue de tous les centres d'activités SAD.

Un investissement de 2,7 M\$ a été réalisé, se traduisant, entre autres, par la création de 17 postes et permettant l'augmentation du nombre d'usagers desservis et de l'intensité de services. Ont ainsi été réalisés :

- l'intensification de façon significative des services d'aide à domicile pour permettre un maintien à domicile sécuritaire et diminuer le recours aux services hospitaliers;
- le déploiement de la gestion de cas pour les usagers dont la situation est complexe;
- l'instauration d'un partenariat avec les résidences pour personnes âgées (RPA) pour le repérage des personnes à risque et pour offrir le soutien dans le maintien des personnes dans leur milieu;
- la diminution du nombre d'usagers en liste d'attente;
- le développement d'un programme intégré de prévention des chutes à domicile.

Aide à domicile :

- Une augmentation de 4 % du nombre d'usagers desservis a été enregistrée.
- Une révision de la pertinence des services et des balises d'aide à domicile a été effectuée, permettant :
  - l'augmentation de la présence-surveillance en offrant davantage de courtes interventions, plus fréquentes;
  - l'amélioration de la productivité des routes planifiées;
  - l'intensification des services au niveau global au sein du CIUSSS : 8,5 % plus d'interventions/usager.

- La transformation des lits post-aigus (LPA) a été réalisée en mars 2016, les missions de lits d'unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF), convalescence, hébergement temporaire et urgence sociale étant réunies dans une seule mission, soit les LPA. La mission programme d'hébergement pour évaluation (PHPE) est dorénavant éliminée. Désormais, tout usager ayant un besoin d'une réadaptation de quatre jours et moins par semaine qui ne peut réintégrer son domicile est dirigé vers un lit post-aigu.

- Diminution du nombre de sites où les services de LPA sont disponibles pour assurer une fluidité et une adaptation du niveau de services, selon les besoins de l'utilisateur.
- 96 % des demandes sont analysées dans un délai de 24 heures. Le délai d'admission est d'une moyenne de moins de deux jours. La durée moyenne de séjour (DMS) dans les LPA est de 26 jours.
- Les LPA sont répartis sur deux sites dans notre CIUSSS et un hors CIUSSS, soit :
  - au CHSLD Jeanne-Le Ber, 75 lits (incluant des lits de répit et d'urgence sociale);
  - au Manoir Claudette-Barré, 22 lits;
  - à l'Hôpital Marie-Clarac, 16 lits.

- Il y a eu 1 163 admissions en 2016-2017 sur 1 430 demandes.
- 54 % des clients retournent à domicile avec des services du SAD.
- 12 % des clients retournent à domicile sans services.
- 10 % des clients sont orientés en CHSLD.
- 6 % des clients sont orientés en lits achetés, en ressource intermédiaire (RI) ou en RPA.

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

- Le Plan Alzheimer (2016-2019) vise à soutenir les groupes de médecine de famille (GMF) afin d'améliorer la prise en charge de la clientèle atteinte de la maladie d'Alzheimer et autres troubles cognitifs, notamment pour accroître le taux de diagnostic, la prise en charge et la référence en CLSC et dans les ressources communautaires. Depuis avril 2016, six des 15 GMF du territoire du CIUSSS-EMTL se sont joints au plan dans le cadre de la première phase de l'implantation. Deux autres phases sont prévues d'ici 2019 afin d'atteindre la cible ministérielle de soutenir 80 % des GMF du territoire avec ce plan. Afin de garantir le déploiement des meilleures pratiques et le soutien clinique aux GMF, une infirmière clinicienne a été embauchée pour assurer un rôle crucial pour la réussite du projet. Son premier mandat, en partenariat avec les GMF, sera de recenser les besoins cliniques et de formation de chacun d'entre eux. Le lancement officiel du Plan Alzheimer est prévu pour le début de l'année 2017-2018 avec l'organisation d'une journée de formation rassemblant les médecins et les professionnels des six GMF ciblés.
- La création du continuum santé mentale et vieillissement, marquée par la nomination de Dre Angela Geloso comme coordonnatrice médicale, vient consolider la volonté du CIUSSS de développer des services intégrés et de qualité pour la personne âgée présentant des problèmes de santé mentale. Sur notre territoire, près de 16 % (15 000 personnes) de la population âgée de 65 ans et plus présentent un problème de santé mentale. L'objectif est d'assurer l'accès aux soins selon les besoins et la hiérarchisation des services. Durant l'année 2017-2018, le CIUSSS poursuivra ses travaux afin d'identifier les trajectoires actuelles de services et être en mesure de proposer les points d'amélioration du continuum de soins attendus.
- La création du programme des soins palliatifs, début avril 2016, est devenue réalité avec la nomination de D<sup>re</sup> Dominique Dion au poste de coordonnatrice médicale. Depuis, plusieurs activités des 50 priorités ministérielles 2015-2020 ont été réalisées. Ce programme vise notamment le rehaussement des per-

sonnes suivies à domicile. La nomination d'une chef d'unité pour assurer la gestion des deux unités (Hôpital Maisonneuve-Rosemont et Hôpital Santa Cabrini), facilite l'harmonisation des pratiques. Une entente de partenariat avec la Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal (SSPADGM) a été déposée ainsi qu'un projet pilote développé pour mettre en place, avec ce partenaire une équipe dédiée de soins palliatifs à domicile. Ce projet vise à rehausser le nombre de suivis à domicile. Pour l'année 2016-2017, le CIUSSS-EMTL a atteint la cible de 100 %.

Des capsules sur les directives médicales anticipées (DMA) ont été diffusées à l'ensemble des professionnels du soutien à domicile (SAD) dont 258 professionnels ont visionné les capsules. La diffusion de ces capsules se poursuivra dans le courant de l'année à venir auprès des employés des hôpitaux. Une description de fonction a été conçue pour les bénévoles œuvrant dans les deux unités de soins palliatifs, en collaboration avec les services multidisciplinaires. À ce jour, l'ensemble des professionnels des CLSC a reçu le volet 2 et 250 préposés aux bénéficiaires (PAB) des CHSLD ont reçu les volets 2 et 3. En CHSLD, la mise en place du programme d'accompagnement en soins palliatifs et en fin de vie a débuté en mars 2017, intégrant les recommandations à la suite des visites ministérielles.

### Les principales réalisations de la Direction adjointe de l'hébergement

- Le projet clinique en CHSLD a bénéficié de la nomination de D<sup>re</sup> Nathalie Zan, coordonnatrice médicale, qui a contribué à favoriser et faciliter la contribution médicale dans la réalisation de ce projet intégrateur.

La Direction adjointe à l'hébergement a poursuivi le déploiement du projet clinique dans les 15 CHSLD grâce à l'implantation de cinq nouveaux programmes. Le programme d'accueil et d'intégration du nouveau résident, le programme du plan d'intervention individualisé (PII) avec une approche interdisciplinaire, le programme de l'organisation des repas, le programme de loisirs et de l'intégration des bénévoles et enfin, le programme de soins palliatifs et d'accompagnement en fin de vie. Pour ces cinq programmes, la formation du personnel, le déploiement des nouveaux outils, les guides cliniques, sont déployés dans 100 % des CHSLD et permettent de répondre aux attentes des plans d'amélioration à la suite des visites ministérielles. Des travaux d'amélioration continue se poursuivent pour consolider le projet clinique, particulièrement pour s'inscrire en continuité avec le Plan de développement des soins palliatifs et soins de fin de vie 2015-2020.

- Les travaux reliés aux engagements du président-directeur général à la suite de la tenue du Forum sur les meilleures pratiques en CHSLD, en novembre 2016, s'inscrivent dans la continuité du projet clinique. À ce jour, 95 % de la cible dans le processus de dotation est atteinte pour les 136 nouveaux postes à combler et 12 % des postes ont été complètement dotés en quatre mois. De plus, les travaux en cours en regard des cinq composantes des engagements du président-directeur général pour améliorer les soins et les services en CHSLD montrent que 10,5 % des composantes sont planifiées, 79 % des composantes sont en cours et 10,5 % des composantes sont terminées.
- L'évaluation de la clientèle en CHSLD a constitué un exercice important pour mieux connaître le profil cognitif de l'ensemble de la clientèle, réalisé en mai-juin 2016. Un exercice a été dirigé et formalisé avec l'utilisation des outils d'évaluation reconnus de Cohen-Mansfield et HoNOS. Plusieurs infirmières en CHSLD ont reçu une formation spécifique et ont participé au processus d'évaluation pour 2 209 résidents des 15 CHSLD. Cette étude nous permet de documenter précisément les besoins de la clientèle et ainsi d'amorcer des travaux de réflexion, de planification et de transformation de l'organisation des services CHSLD du CIUSSS-EMTL. Cette révision touche tant l'organisation clinique que spatiale et est requise afin de moderniser les approches cliniques et de mieux répondre aux besoins actuels de la population.

#### **Les nouveaux enjeux et priorités de la Direction de soutien à l'autonomie des personnes âgées**

Durant la dernière année, le programme SAPA a maintenu le cap sur ses objectifs de développement et de transformation. La vision transversale d'une approche intégrant qualité et gestion des risques est opérationnelle et s'intègre aux activités professionnelles et à la prestation de soins et services. La majorité des éléments pouvant favoriser un maintien à domicile ou dans le milieu d'hébergement a été mise en place.

#### **Les enjeux et priorités de la Direction**

- Créer des corridors de services multiples afin de favoriser le maintien des personnes dans la communauté malgré les problèmes de santé.
- Mettre en place un plan de main-d'œuvre et de développement des compétences.
- Développer une première ligne médicale forte.
- Implanter le programme des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), ainsi que l'approche non-pharmacologique.
- Déployer la politique pour contrer la maltraitance.
- Poursuivre l'implantation du programme de prévention des chutes et de l'utilisation des contentions.
- Remplacer la surveillance individuelle par des approches cliniques favorisant la qualité de vie des usagers et résidents.

- Privilégier les évaluations et attentes d'hébergement majoritairement à domicile (RPA-RI-domicile).
- Implanter l'approche adaptée aux personnes âgées en milieu hospitalier, dans un objectif de diminution de la durée moyenne de séjour et de retour à domicile.

#### **Les principales modifications**

Tous les objectifs identifiés, en lien avec les enjeux et priorités de 2015-2016, ont été atteints ou sont en cours d'atteinte. Les changements opérés et les nouveautés implantées dans l'organisation de la Direction SAPA ont exigé des modifications et des transformations dans les services offerts, avec le dénominateur commun d'une amélioration de la gestion des risques et de la qualité. Les deux projets cliniques déployés, tant en hébergement qu'en soutien à domicile, traduisent une même vision mobilisatrice, favorisant l'adoption des meilleures pratiques par les équipes et une responsabilité partagée avec les usagers et leurs familles ou représentants.

#### **Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et de déficience physique (DI-TSA et DP)**

##### **Les principales réalisations de la Direction des programmes de déficience intellectuelle, du trouble du spectre de l'autisme et de déficience physique**

- Un diagnostic organisationnel a été réalisé et le dépôt du plan d'action annuel à l'égard des personnes handicapées a été effectué.
- Avec la participation des directions des programmes DI-TSA et DP des cinq CIUSSS montréalais, l'offre de service a été développée pour les enfants de 0-7 ans présentant un retard global de développement (RGD), une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme.

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

- Une diversification des titres d'emploi dans les équipes DI et TSA a été effectuée afin de créer des services spécifiques, adaptés aux besoins de la clientèle :

Le projet intervenant pivot a été actualisé avec l'ajout de postes assurant ainsi une prise en charge en priorité des dossiers des enfants de 0-7 ans présentant une déficience intellectuelle, un trouble du spectre de l'autisme ou un retard global de développement. Cette mesure permet de désengorger les listes d'attente et de débiter les services plus rapidement, grâce notamment à l'entente avec la Fondation Miriam. De plus, l'ajout de deux auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS), afin de soutenir les personnes autonomes ayant une DI ou un TSA dans des activités



d'intégration et de participation sociale, permet de libérer les professionnels de certaines interventions de proximité et vise l'assignation plus rapide de nouveaux dossiers.

- Un guichet d'accès unique DI-TSA et DP (sensorielle) a été créé pour l'ensemble du CIUSSS-EMTL. Ce processus unique est harmonisé avec les quatre autres CIUSSS montréalais. Parmi les outils utilisés, un formulaire unique de demande et des critères d'accès harmonisés ont été développés en commun.
- Une ligne de conduite d'intervention pendant les périodes de chaleur accablante pour les usagers vivant seuls a été élaborée et implantée, résultant d'une collaboration entre la Direction DI-TSA et DP et la Direction des services multidisciplinaires (DSM).

#### Les principales réalisations du programme de déficience physique

- Une équipe de professionnels a été mise sur pied, dédiée à la clientèle qui présente une déficience physique et nécessite des services à domicile.
- La diversification de l'équipe d'intervenants en déficience physique a été à l'ordre du jour, avec l'ajout du titre d'emploi de psychoéducateur à l'équipe. Cet apport contribue à soutenir la clientèle dans son apprentissage des activités de la vie quotidienne et de la vie domestique (AVQ/AVD) ou encore dans la gestion de ses difficultés de comportement afin de maintenir ou de favoriser sa participation sociale.

#### Les nouveaux enjeux et les priorités de la Direction DI-TSA et DP

- La disponibilité des ressources humaines pour répondre à la demande demeure un enjeu compte tenu d'une augmentation du volume de demandes en DP, en particulier sur le territoire de la Pointe-de-l'Île et en DI-TSA sur le territoire de Lucille-Teasdale.
- La collaboration avec le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal visant à définir les contours de nos offres de services respectives (services spécifiques vs services spécialisés) auprès de la clientèle DI et TSA est également un enjeu.
- La réorganisation des ressources humaines pour répondre aux besoins de la population de l'Est de l'île demeure un défi.
- Plusieurs activités d'harmonisation sont à effectuer en priorité :
- harmonisation du fonctionnement et de l'octroi du

programme de soutien à la famille (SAF) au sein du CIUSSS;

- harmonisation de l'offre de services en intervention précoce, en collaboration avec la Direction du programme jeunesse.
- Le respect des critères du plan d'accès aux personnes ayant une DI-TSA et une déficience physique est primordial. L'objectif est de respecter les délais d'accès des niveaux de priorités « urgent » dans 100 % des situations et « élevés et modérés » dans 90 % des situations.
- La mise en place et le suivi de plusieurs plans d'action demeurent prioritaires :
- plan d'action TSA;
- plan d'action biennal accident vasculaire cérébral (AVC), volet communautaire;
- plan d'action à l'égard des personnes handicapées.
- Le développement d'un modèle d'intervention de groupe TEVA (transition-école vie active) pour la clientèle en fin de scolarité à 21 ans figure également parmi les objectifs.

#### Direction des programmes en santé mentale et dépendance

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

- La transformation de l'hôpital de jour en service des troubles relationnels et de la personnalité permet dorénavant d'offrir des services mieux adaptés aux besoins de la clientèle. L'accès s'en trouve amélioré, un plus grand nombre de clients pouvant désormais bénéficier de ces services.
- L'uniformisation de l'offre de services et l'accès centralisé aux services de soutien d'intensité variable (SIV), contribuent à simplifier le processus d'accès. Cette uniformisation permet également un service plus équitable à l'ensemble de la clientèle du territoire. De plus, ce changement est en cohérence avec les pratiques d'excellence que recommande le Centre national d'excellence en santé mentale.

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

- La mise en place de la clinique CONNEC-T a constitué un fait saillant cette année. Cette clinique offre les services d'une équipe d'intervention précoce

pour les jeunes de 12 à 25 ans présentant un trouble psychotique ou un trouble de personnalité limite en émergence. Ce projet a été réalisé en partenariat avec le Programme jeunesse du CIUSSS-EMTL et en collaboration avec l'Hôpital Rivière-des-Prairies du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. La création de cette équipe multidisciplinaire permet dorénavant d'offrir des services soutenus et spécialisés dès les premiers stades d'apparition du trouble mental, évitant ainsi une détérioration fonctionnelle et une rupture sociale à ce stade si sensible du développement personnel. Il s'agit d'un projet audacieux, rassembleur, qui s'inspire des bonnes pratiques et qui répond aux exigences du Plan d'action en santé mentale. C'est aussi une réalisation qui reflète l'importance de travailler en partenariat afin d'adapter les services aux besoins spécifiques de la clientèle.

- Le projet de développement et d'expérimentation novatrice de services spécialisés auprès des personnes présentant une déficience intellectuelle et des troubles graves du comportement associés à des dysfonctions exécutives majeures s'est poursuivi. Ce projet pilote est réalisé en collaboration avec le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (CRDITED) de Montréal et le Service québécois d'expertise en troubles graves du comportement (SQETCG). Il propose le développement et l'expérimentation d'une programmation de services spécialisés qui fait appel à un travail inédit de collaboration entre les services du Programme de psychiatrie en déficience intellectuelle de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM), le SQETGC et ceux du CRDITED de Montréal. Dans une formule originale et novatrice de services intégrés, les trois organisations réunissent leurs expertises et leurs ressources en vue de préparer l'intégration résidentielle dans la communauté de personnes ayant une déficience intellectuelle et des besoins très complexes où se conjuguent des troubles graves du comportement et des dysfonctions exécutives majeures.

#### Les principales réalisations de l'équipe de l'hébergement

- L'implantation du Service informatique de gestion de l'accès aux services spécialisés (SIGASS) au mécanisme d'accès régional en santé mentale permet une meilleure coordination des demandes et des offres de services.

#### Enjeux et priorités

La priorité de la Direction des programmes de santé mentale et dépendance demeure la transformation des services pour favoriser un meilleur accès aux services opportuns en santé mentale. Cette transformation demande la mobilisation de tous les acteurs impliqués

pour mettre en place ces changements, et ce, pour le bien de la population du territoire du CIUSSS-EMTL.

#### Direction du programme jeunesse

##### DIRECTION ADJOINTE CONTINUUM DES SERVICES CLIENTÈLES

#### Les principales réalisations de l'équipe de la coordination des services préventifs et généraux à la petite enfance et à la jeunesse

- La Maison Bleue Saint-Michel a été inaugurée officiellement le 27 mars 2017. La Maison Bleue est un modèle innovateur basé sur une approche globale, qui offre des services de périnatalité aux familles et enfants de la grossesse à l'âge de 5 ans vivant dans un contexte de vulnérabilité. Résultant d'une entente tripartite entre l'organisme sans but lucratif OSBL Maison Bleue, les médecins du Groupe de médecine familiale – Unité de médecine familiale (GMF-UMF) Maisonneuve-Rosemont et la Direction du programme jeunesse du CIUSSS-EMTL, ce partenariat permet d'offrir des interventions fondées sur le travail interdisciplinaire entre médecins, sage-femme, infirmière, travailleuse sociale et éducatrice. Une véritable maison au cœur d'un quartier avec de grands besoins.
- Un guide de partenariat entre les commissions scolaires et le CIUSSS a été amorcé dans le courant de l'année. En septembre 2016 débutait un comité de partenariat avec trois commissions scolaires, dont deux sur le territoire desservi par le CIUSSS-EMTL, soit la Commission scolaire de Montréal, la Commission scolaire de la Pointe-de-l'Île et la Commission scolaire English-Montréal. Le mandat de ce comité consiste à élaborer un cadre de référence et des modalités d'application communes, et ce, afin de pouvoir offrir une meilleure réponse aux besoins des enfants, des jeunes et de leurs familles. L'ensemble de la démarche est guidé par les axes de promotion et prévention, allant de l'intervention à la protection. Les commissions scolaires étant des partenaires de choix privilégiés, l'équipe est heureuse d'annoncer que ce comité de travail de départ se transformera en comité local permanent. Cette instance locale de partenariat permettra de coordonner l'entente de complémentarité entre le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur et le MSSS, sur le territoire du CIUSSS.
- Une consultation des jeunes sur un modèle de clinique jeunesse a été effectuée. Considérant que la participation des jeunes à la planification des services de clinique santé est primordiale, la Direction régionale de santé publique a donné son appui et l'Institut du Nouveau Monde a collaboré étroitement au projet afin d'effectuer un sondage auprès des jeunes âgés

de 12 à 25 ans. Ce sondage a permis de connaître la nature de leurs besoins et de rejoindre 1 800 jeunes selon deux méthodes consultatives, soit un sondage en ligne et l'animation de quatre groupes de discussion. Un groupe de travail CIUSSS, regroupant toutes les directions concernées, est présentement en place avec le mandat d'élaborer un modèle de clinique jeunesse adapté aux besoins des jeunes de 12 à 25 ans, tout en tenant compte de la consultation élaborée par l'Institut du Nouveau Monde, des meilleures pratiques, des lignes directrices organisationnelles ainsi que des orientations ministérielles.

### Les principales réalisations de la coordination jeunes en difficulté et santé mentale

- La Direction du programme jeunesse a mis sur pied un projet pilote en intégrant une travailleuse sociale des CLSC dans les cliniques externes de pédiatrie à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) appelé Accès jeunesse, qui vise à mieux répondre aux besoins des enfants et des familles du CIUSSS-EMTL. Agissant à titre de facilitatrice pour favoriser l'intégration des services jeunesse, la travailleuse sociale s'assure de travailler avec les médecins et les infirmières pour mieux desservir les enfants et les familles, en améliorant la fluidité et en simplifiant l'accès aux services. Les retombées de ce projet pilote sont positives : le dédoublement des demandes est évité ainsi que le travail en silo et une meilleure coordination des services est assurée pour les familles. Riches de cette expérience, les travaux se poursuivent pour assurer la création d'une seule porte d'entrée pour l'ensemble des services de la Direction du programme jeunesse.
- Une Clinique d'orientation des enfants de 0-5 ans, inspirée du modèle déjà en place sur le territoire de Saint-Léonard et Saint-Michel, a été créée. Dans cette clinique, la Direction du programme jeunesse ainsi que la Direction des programmes de déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et de déficience physique collaborent pour assurer la meilleure orientation possible des enfants de 0-5 ans présentant des inquiétudes liées à leur développement. En dyade, des orthophonistes et psychoéducatrices du programme Jeunes en difficulté (JED) et de stimulation précoce rencontrent les enfants et les familles conjointement pour déterminer les meilleurs services à offrir afin d'assurer une réponse aux besoins. À la suite d'une orientation proposée, des services de réadaptation JED ou un programme de stimulation précoce sont offerts aux familles. De plus, des groupes de soutien de parents inquiets du développement de leur enfant peuvent aussi être offerts en lien avec différentes problématiques.

- La Direction du programme jeunesse est concernée par la problématique du suicide chez les jeunes. À cet égard, deux projets ont été déposés à la Fondation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont : le premier portant sur le dépistage des jeunes présentant des problèmes de santé mentale et un potentiel suicidaire; le deuxième portant sur le développement d'une équipe de professionnels pour un suivi étroit des jeunes suicidaires. Le financement pour le premier projet a été confirmé et c'est avec fierté que l'équipe déploiera, dans le courant de l'année prochaine, un programme de formation pour l'ensemble du réseau local. En attente de la confirmation du deuxième projet, l'équipe a amélioré la coordination des services entre l'urgence de l'HMR et le programme Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE) ainsi qu'entre l'urgence secondaire de l'Hôpital Rivière-des-Prairies (HRDP) et l'équipe de santé mentale jeunesse. Notons que pour améliorer l'accessibilité du programme CAFE, les heures d'ouverture ont été bonifiées du lundi au vendredi, de 9 h à 21 h, et de 14 h à 21 h, 7 jours sur 7, 365 jours par année.
- Le programme Triple P, pour l'abréviation de « pratiques parentales positives », est offert, sous forme de projet-pilote, à 300 familles du territoire du CLSC de Mercier-Est-Anjou. Ainsi, depuis janvier 2015, des activités sont offertes aux familles par des professionnels du CIUSSS et par les intervenants communautaires d'organismes de Mercier-Est-Anjou qui proposent des outils permettant d'améliorer les relations parents-enfants.

Ce projet-pilote a fait l'objet d'un projet de recherche, en partenariat avec la Chaire de partenariat en prévention de la maltraitance de l'Université Laval. Dans le cadre de ce projet de recherche, des intervenants du territoire du CSSS Lucille-Teasdale ont également été appelés à contribuer en tant que groupe-témoin. Les résultats préliminaires du projet de recherche, qui a pris fin en avril 2017, suggèrent des effets positifs sur l'état psychologique des parents, sur les pratiques parentales et le comportement des enfants.

Maintenant que le projet de recherche est complété, le CIUSSS-EMTL s'est associé à l'organisation Avenir d'enfants et à la Direction régionale de santé publique afin d'assurer la pérennité du programme et le maintien des activités auprès de la clientèle du CLSC de Mercier-Est-Anjou ainsi que la formation continue des intervenants et la mobilisation communautaire des quartiers.



### Les principales réalisations de l'équipe du continuum naissance

- Le projet de formation des infirmières sur les césariennes était vivement souhaité et attendu depuis longtemps. Ce projet de formation est présentement en cours et réalisé conjointement avec la Direction des services professionnels et la Direction des soins infirmiers. Il vise à habilitier les infirmières de la salle d'accouchement à participer aux césariennes dans le bloc opératoire. Il permettra d'étaler les césariennes sur cinq jours plutôt qu'un, de contribuer à un meilleur accès à la programmation opératoire au bloc et à une meilleure continuité de soins pour les patientes au sein du continuum naissance.
- La nomination de la première sage-femme du CIUSSS a été entérinée par le conseil d'administration le 9 février 2017. Madame Marleen Dehertog est entrée en fonction le 8 mai 2017 en tant que responsable des services de sage-femme. Elle a le mandat de développer le service des sages-femmes au sein de l'établissement, ainsi que l'éventuelle maison de naissance.
- L'offre de services des cliniques externes de gynécologie-obstétrique a été améliorée. Dans une perspective de hiérarchisation des soins, une révision de l'offre de services des cliniques externes de gynécologie-obstétrique de l'HMR a été réalisée. Cette révision a permis de transférer une clinique d'interruption volontaire de grossesse dans la communauté et, du même coup, d'augmenter le nombre de cliniques de soins spécialisés et de réduire les délais d'attente. La révision des façons de faire a aussi permis de rehausser l'accessibilité et la qualité des soins aux usagers.

### Les principales réalisations de l'équipe pédiatrique

- La mise à niveau IIIA de l'unité de soins intensifs néonataux de l'HMR a été complétée. L'offre de services de l'unité de soins intensifs étant actualisée, les nouveau-nés de 26 semaines et plus y sont maintenant accueillis. Ceci permet de contribuer au désengorgement du réseau montréalais et de bien desservir les hôpitaux partenaires de la couronne Sud et Nord, lorsque des besoins de soins de niveau tertiaire sont requis.
- L'offre de services des cliniques externes ambulatoires pédiatriques a été révisée, afin d'optimiser l'accès aux services spécialisés, via le Centre de répartition des demandes spécialisées (CRDS) et le mécanisme d'accès pédiatrique. Un important travail de mise à niveau de l'organisation du travail aura comme impact un accès plus facile et plus fluide.

- L'offre de services en vaccination a été révisée et optimisée afin d'améliorer l'accès, de rejoindre plus de clientèle et d'être conforme au respect des temps de vaccination prescrits chez la clientèle de 0-4 ans, en lien avec le Programme québécois d'immunisation

### Direction des services multidisciplinaires

#### Les principales réalisations de la Direction des services multidisciplinaires (DSM)

- L'intégration des professionnels en GMF s'est poursuivie avec le soutien à la mise en place de l'encadrement clinique pour les professionnels délocalisés.
- Le chantier des transformations au sein de la Direction des services multidisciplinaires a progressé, avec la révision de l'offre de services hospitaliers.
- Concernant le changement de pratique en regard à la gestion des dossiers secondaires des professionnels, le processus est terminé à l'HSC et à l'HMR. Il est en cours à l'IUSMM.
- L'harmonisation du programme interdisciplinaire de maladies chroniques a été complétée.

### DIRECTION ADJOINTE – VOILET OPÉRATIONNEL

Les principales activités réalisées par l'équipe des services et réadaptation (ergothérapie, physiothérapie, orthophonie, audiologie, nutrition, inhalothérapie, électrophysiologie médicale)

- La clinique de thérapie de la main a été mise en place à l'HMR.
- L'accessibilité aux professionnels (ergothérapie, physiothérapie, orthophonie) a été augmentée la fin de semaine à l'HMR.
- Une équipe dédiée à la clientèle AVC a été mise en place.
- Le gymnase de l'IUSMM a été ouvert au personnel, pour une meilleure conciliation travail-famille.
- Un projet de dépistage en malnutrition a été effectué par les techniciens en diététique à l'HMR.
- Le logiciel GAP (gestion des activités professionnelles) a été implanté en nutrition à l'HSC.
- L'implantation du processus de soins nutritionnels a été amorcée dans l'ensemble du CIUSSS.
- L'harmonisation de pratiques en inhalothérapie a débuté pour le CIUSSS.

- L'harmonisation des fournitures en inhalothérapie a été entreprise par un appel d'offres à l'échelle du CIUSSS.
- La pratique en néonatalogie a été mise à jour, autant pour les secteurs de l'inhalothérapie générale que de l'anesthésie. Des ordonnances collectives ont été développées dans ce secteur.
- Les secteurs d'activités ont été réorganisés, que ce soit pour l'horaire de travail, la polyvalence et la mise à jour des compétences, en vue d'une plus grande équité dans le respect des conventions collectives en inhalothérapie et en électrophysiologie médicale.

#### **Les principales activités réalisées par l'équipe des services psychosociaux généraux (service social, psychologie, soins spirituels, bénévolat)**

- Des rencontres d'équipes ont été instituées, réunissant les différentes installations, autant en première ligne qu'en centre hospitalier (CH), pour toutes les disciplines, favorisant l'harmonisation des processus.
- Un encadrement clinique a été mis en place en collaboration avec les pratiques professionnelles, pour les professionnels en GMF, en CLSC et en CH.
- Pour les services d'accueil social, un formulaire de demande normalisé, harmonisé et simplifié (accueil, analyse, orientation et référence (AAOR)) a été adopté et les trajectoires de services ont été révisées.
- Les GMF ont été impliqués dans les trajectoires Alzheimer et santé mentale.
- La révision et l'optimisation du programme maladie chronique en première ligne ont été amorcées.
- Les travailleurs sociaux ont participé activement au nouveau processus de facturation, principalement à l'HMR et à l'HSC.
- Les intervenants psychosociaux ont participé à un projet de recherche en oncologie à l'HMR, pour les femmes touchées par le cancer du sein aux prises avec des difficultés cognitives.
- Un plan de recrutement et de formation de bénévoles a été réalisé pour l'ensemble du CIUSSS.
- Une bibliothèque mobile a été ouverte à l'IUSMM.
- L'ouverture prochaine d'un lieu de recueillement est en préparation à l'IUSMM.

- Des travaux ont débuté, en collaboration, avec la Direction SAPA, pour définir les rôles et responsabilités des travailleurs sociaux, des intervenants en soins de santé et des bénévoles impliqués dans les soins palliatifs et l'aide médicale à mourir.

#### **Les principales réalisations au volet transversal**

- L'offre de services a été révisée afin d'être mieux adaptée aux besoins de l'utilisateur.
- Les critères de priorisation dans un contexte d'hospitalisation ont été définis.
- Des cibles ont été identifiées afin de mieux mesurer l'accessibilité, la qualité et l'efficacité des services, en collaboration avec d'autres partenaires.
- La participation aux équipes d'agrément a été effective.

#### **Les enjeux et les priorités de la direction adjointe-volet opérationnel**

- Poursuivre les travaux d'harmonisation des processus et de l'offre de services.
- Construire un réel continuum de services et de soins dans un climat de confiance et de gestion des risques adapté à la réalité de l'utilisateur.
- Rehausser les compétences en matière de prévention du suicide.
- Dans une visée de pratiques professionnelles responsables, travailler à la sécurité de la prestation de services, particulièrement en inhalothérapie.
- Poursuivre la mise à jour des compétences dans différentes disciplines.
- Porter une attention particulière à la mobilisation des employés et à celle des cadres intermédiaires auxquels on confère beaucoup de responsabilités et dont on exige une grande imputabilité.

#### **Au volet des pratiques professionnelles**

Les principales réalisations de la Direction adjointe du volet des pratiques professionnelles

La Direction adjointe a participé activement à la réalisation de différents dossiers avec plusieurs partenaires, tant cliniques qu'administratifs. Voici ci-après quelques-unes de ces réalisations.

- Au plan du développement de la pratique professionnelle

- Le guide d'autorisation judiciaire de soins requis avec ou sans modalités d'hébergement a été finalisé.
- Le processus des régimes de protection CIUSSS a été harmonisé à 85 %. Des travailleurs sociaux collaborent avec la DSM volet des pratiques professionnelles à un projet pilote visant à apporter les ajustements finaux au processus harmonisé CIUSSS. De plus, une activité de soutien a été créée pour les professionnels sur les régimes de protection, une approche novatrice qui soutient les professionnels dans leurs interventions cliniques.
- Une cartographie de la prise en charge multidisciplinaire de la clientèle AVC de novo avec dysphagie a été réalisée pour le milieu hospitalier.
- La tenue de dossier en travail social du secteur hébergement en santé mentale a été revue, ces travaux ont suscité de l'intérêt à l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
- Un formulaire harmonisé CIUSSS «Évaluation du fonctionnement social» qui prend en considération la cueillette de donnée de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) a été mis en place à l'usage des travailleurs sociaux.
- Concernant la tenue de dossier en nutrition clinique, la méthode de Processus de Soins et Nutrition (PSN) a été déployée.
- Les pratiques relatives à la gestion des lits post-accident (Direction SAPA) ont donné lieu à une collaboration avec cette direction, visant la clarification du fonctionnement et des rôles et responsabilités des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique. Cette collaboration concerne en particulier les critères de priorisation de la clientèle et les délais de prise en charge en physiothérapie, en collaboration avec le soutien à l'autonomie des personnes âgées.
- Un avis a été donné sur le rôle de l'ergothérapeute et du physiothérapeute en milieu hospitalier pour la trajectoire AVC, dans une vision d'approche collaborative.
- Un avis a été donné sur le rôle de la physiothérapie à l'urgence.
- Le document «Priorisation des requêtes professionnelles en hébergement – Physiothérapie» a été élaboré en collaboration avec le SAPA.
- L'implantation de l'application eGAP a été effectuée au centre d'intervention de crise L'Appoint. GAP nutrition clinique a été implanté à l'HSC et au secteur de l'électrophysiologie médicale à l'HMR.
- L'arborescence de la DSM a été développée dans l'intranet du CIUSSS-EMTL.
- Un outil de plan d'intervention individualisée (PII) a été élaboré pour la clientèle AVC, et est toutefois applicable à d'autres clientèles.

#### **Au plan du maintien et du développement des compétences**

En collaboration avec la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques (DRHCAJ)

et des autres directions cliniques, la DSM s'est impliquée dans les formations suivantes :

- Oméga;
- soins de fin de vie, volets 1 et 2;
- «Être partenaire de la personne, des proches et de la communauté»;
- prévention du suicide (en collaboration avec la Direction des soins infirmiers);
- implantation de la démarche postévénement (Oméga) au programme de psychiatrie en déficience intellectuelle;
- estimation et gestion du risque d'homicide;
- cadre de référence RI/RTF;
- consolidation de la formation PII en coanimation avec un patient ressource;
- plan de développement disciplinaire en physiothérapie pour la perte de connaissance suite à une chute.

#### **Sur le plan de la sécurité et de la qualité de l'acte professionnel**

En collaboration avec le volet des pratiques professionnelles, de la Direction des services professionnels et de la Direction des soins infirmiers, la DSM a soutenu l'encadrement des pratiques cliniques.

- La structure organisationnelle pour la prévention du suicide a été mise sur pied en collaboration avec la Santé publique et la Direction des programmes en santé mentale et dépendance.
- L'harmonisation du processus administratif a été réalisée en collaboration avec les services de l'approvisionnement et la Direction des ressources informationnelles; également avec les directions cliniques, notamment le SAPA concernant l'accompagnement clinique pour les zones de piégeage.
- Le protocole des mesures de contrôle et protocole des chutes ont été élaborés en collaboration avec la DSI (en cours de rédaction au 31 mars).
- Le rapport d'analyse concernant l'intervention d'un physiothérapeute externe en CHSLD a été déposé.
- L'harmonisation du processus de contrôle de l'appartenance aux ordres professionnels a été complétée, avec notamment l'adoption de la politique afférente, en collaboration avec la DSI, la DSP et la DRHCAJ.

- Un bulletin de veille a été produit sur les décisions législatives ayant un impact sur la vie professionnelle (Gazette officielle).

#### Sur le plan de la pratique d'excellence et de l'innovation

La DSM a collaboré avec les directions responsables du volet universitaire, notamment l'enseignement, à la réalisation de mesures de soutien à l'enseignement.

- Au chapitre du développement du centre de l'excellence multidisciplinaire, la programmation 2017-2018 a été complétée et le contenu du portail a été publié à 50 % sur l'intranet.
- Concernant le partenariat des soins et services: en collaboration avec l'oncologie, un comité d'amélioration continue en cancer du sein a été mise sur pied, avec le développement d'un nouveau projet de patient accompagnateur et la participation à un projet de recherche multisites sur le partenariat.
- Une séance d'accueil de l'enseignement volet psychosocial (interdisciplinaire) a été instituée.
- Le programme d'internat en psychologie a été rédigé en collaboration avec la Direction de l'enseignement universitaire.
- Un groupe de soutien a été actualisé pour les superviseurs de stage en ergothérapie

#### Direction des services professionnels

##### Les principales activités des équipes de médecine spécialisée

Le secteur de la médecine spécialisée a connu une restructuration importante avec la réforme de la santé et des services sociaux. L'analyse de tous les secteurs et unités a permis d'avoir un portrait réel et d'indiquer les actions à mettre en place afin de répondre à la demande de soins et services toujours croissante.

- Depuis février 2016, un projet de réorganisation du travail clinico-administratif a été mis en place avec l'objectif d'avoir 24 lits fonctionnels, répartis en 15 lits de soins intensifs et neuf lits d'unité coronarienne à l'HMR. Avant ce projet, tout au plus 22 lits pouvaient être ouverts et souvent seulement 18 à 20 lits l'étaient, faute de personnel infirmier.
- Le programme d'attraction-rétention a permis de réduire considérablement le recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) et au temps supplémentaire. Par le fait même, le temps supplémentaire occasionnel a été pratiquement éliminé.

- Le «Projet vitrine» du secteur de l'endoscopie dans le cadre du programme québécois de dépistage du cancer colorectal, a permis la mise aux normes des processus cliniques et demeure un défi de taille: celui d'assurer l'accessibilité requise pour l'état de santé de la clientèle tout en maintenant la performance souhaitée.
- Le projet d'optimisation du secteur de l'endoscopie a débuté. L'objectif est d'augmenter la productivité et d'améliorer l'accès à la coloscopie.
- La grande réussite du secteur de l'endoscopie a été la révision du programme de formation des infirmières de soins intensifs de l'HSC, pour les endoscopies d'urgence.
- Malgré une augmentation de la volumétrie en dialyse, le recours à la MOI a été éliminé et le temps supplémentaire a diminué radicalement.
- Le transfert des activités d'anticoagulothérapie a été effectué vers la communauté, à savoir les pharmacies communautaires et les médecins de famille.
- La participation aux appels d'offres regroupés a permis de réaliser des économies de plusieurs centaines de milliers de dollars dans plusieurs secteurs tels que l'endoscopie, l'hémodynamie et l'hémodialyse.

##### Les principales activités des équipes périopératoires et chirurgicales

À la suite de la mise en place des mesures de l'accès priorisé aux services spécialisés et afin d'atteindre les cibles demandées par le MSSS, une révision majeure de l'attente chirurgicale (chirurgie oncologique et cas en attente depuis plus d'un an) a été effectuée. Les enjeux majeurs demeurent la vétusté des blocs opératoires et la fragilité des ressources humaines. Cependant, les efforts consentis ont permis une nette réduction de l'attente hors délai.

- Une révision et une harmonisation de la requête opératoire ont été effectuées au sein du CIUSSS-EMTL. La demande d'admission en un seul document CIUSSS est entrée en vigueur le 21 février 2017 pour l'HMR et l'HSC.
- Une structure clinique a été mise en place en soutien à la programmation et à la préparation des patients en préchirurgie.
- La programmation vers le mécanisme d'accès a été centralisée pour l'HSC et la programmation par le bloc opératoire de l'HSC a été arrêtée.
- Les principes de programmation et les mécanismes d'accès du CIUSSS-EMTL ont été harmonisés.

- Le tri et le partage des requêtes reçues à l'HMR en clinique externe de chirurgie générale ont été effectués et envoyés vers la clinique externe de l'HSC afin d'optimiser le bassin de patients à opérer pour la chirurgie générale de l'HSC.
- Un comité des blocs CIUSSS a été mis en place.
- Les normes de retraitement de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux (URDM) ont été mises à niveau pour le site Rosemont de l'HMR
- La prise en charge du retraitement des endoscopes a été consolidée au service d'endoscopie de l'HMR, de jour et de soir et en urgence.
- Le nombre de recrutements de personnel infirmier a été augmenté.
- La main-d'œuvre indépendante a diminué (avant d'ouvrir les salles supplémentaires de janvier 2017).
- La main-d'œuvre aux blocs opératoires a été stabilisée, visant l'autosuffisance.
- Un contrôle des dépenses a été instauré par l'introduction d'un formulaire d'analyse des demandes à l'HSC ainsi qu'à l'HMR.
- Un comité de gestion des fournitures a été mis sur pied, ayant pour but de diminuer les dépenses et d'harmoniser les fournitures dans les deux blocs opératoires.
- Pour la buanderie, l'achat de deux distributrices d'uniformes pour le bloc opératoire de l'HMR a été fait. Le mécanisme de la distribution des uniformes dans les autres installations a été revu afin d'en assurer une gestion optimale.
- L'instrumentation en ophtalmologie a fait l'objet d'une mise à niveau.
- Un projet de mise à niveau des autres spécialités en instrumentation a été amorcé et est en cours.
- Le recrutement d'anesthésiologistes a été lancé pour 2017, visant trois anesthésiologistes additionnels au plan d'effectifs médicaux, permettant l'ouverture de plus de salles d'opération.

- La production chirurgicale a été augmentée comme le démontre les tableaux ci-dessous :

<b>HOPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT</b> (SECTEUR : BLOC/CHIRURGIE)				
Nombre de requêtes	Période / année			
	2016 (1 <sup>er</sup> avril au 24 nov.)	2015	2014	2013
Points de service				
Centre de soins ambulatoires	1 348	1 986	1 780	1 761
Maisonneuve	5 061	7 604	7 393	7 333
Rosemont	4 998	7 434	6 839	6 928
<b>TOTAL</b>	<b>11 407</b>	<b>17 024</b>	<b>16 012</b>	<b>16 022</b>

<b>HOPITAL SANTA CABRINI</b>				
Nombre de requêtes	Période / année			
	2016 (1 <sup>er</sup> avril au 24 nov.)	2015	2014	2013
Secteur				
Chirurgie	4 120	6 105	6 006	6 634
Chirurgie mineure	1 445	2 309	2 236	2 204
Zone franche – HMR	1 133	835	481	--
<b>TOTAL</b>	<b>6 698</b>	<b>9 249</b>	<b>8 723</b>	<b>8 838</b>

- Un petit agrandissement de la salle de réveil de l'HMR a été fait;
- Le projet de salle dédiée aux césariennes a été accepté et la formation du personnel est en cours.
- Des cas de plastie ont été réalisés à l'IUSMM.
- La participation au projet de laboratoire chirurgical du MSSS s'est actualisée avec la Clinique Dix-30, donnant lieu à plusieurs visites des équipes du CIUSSS-EMTL et ayant permis la réalisation de trois cas de plastie le 7 février 2017.

#### Les principales activités des équipes de l'administration des affaires médicales

L'organisation des départements (13, dont 12 médicaux et un de pharmacie) s'est poursuivie avec la nomination des chefs de départements médicaux le 13 juin 2016.

L'offre de services des services médicaux des départements a été définie pour la plupart de ceux-ci, ajustée pour d'autres. Des changements majeurs ont été effectués pour la biologie médicale et l'imagerie médicale, avec la conversion de départements en services: anatomopathologie, maladies infectieuses et microbiologie médicale, biochimie, laboratoire d'hématologie d'une part, et radiologie, médecine nucléaire d'autre part.

La coordination médicale s'est renforcée avec la nomination de coordonnateurs médicaux dans plusieurs directions cliniques (19 nominations) et l'instauration d'une cogestion avec les coordonnateurs clinico-administratifs. Un partage et une complémentarité des rôles entre coordonnateur médical et chef de département ont été définis. De plus, l'assemblée des chefs a été élargie pour inclure les coordonnateurs médicaux.

La gestion globale des effectifs médicaux s'est recentrée à la Direction des services professionnels (DSP) avec les départements, dans le but d'une harmonisation de la gestion administrative. Parmi les mesures allant dans ce sens, notons la création d'un comité central d'examen des titres, le choix d'un point de chute unique à la DSP, la désignation d'une secrétaire déléguée aux effectifs médicaux et l'uniformisation de la documentation.

Le dépôt du plan d'effectifs médicaux en spécialités (PEM) a été effectué pour 2017-2020. Des PEM additionnels ont été obtenus pour 2017 dans certains secteurs névralgiques : anesthésiologie, chirurgie générale, gastroentérologie, hémato-oncologie, médecine d'urgence, médecine interne, neurologie, neurochirurgie, ophtalmologie, néonatalogie, pneumologie.

Le processus complexe des PEM et des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en première ligne s'est poursuivi, un PEM étant requis pour chaque installation. Une vigie plus étroite quant à l'émission des privilèges temporaires et des demandes de remplacement a été effectuée, ainsi que le recensement des médecins sans poste, à la demande du MSSS.

### Les principales activités des équipes des archives (secteurs hospitaliers et communautaires)

#### Secteurs hospitaliers

Les activités réalisées par les équipes des archives médicales ont comme principal objectif d'assurer la disponibilité de l'information médicale consignée afin de permettre une meilleure prise en charge ou un meilleur suivi des usagers requérant des soins.

Quelques chiffres pour illustrer les réalisations des services des archives médicales dans les secteurs hospitaliers :

INSTALLATION	HSC	IUSMM	HMR	TOTAL
<b>Nombre total dossiers</b>	890 534	113 259	2 368 000	<b>3 371 793</b>
<b>Nbre annuel admissions (au 21 février 2017)</b>	12 350	1 388	36 440	--
<b>Nbre annuel demandes d'accès</b>	6 731	4 535	34 300	<b>45 566</b>
<b>Nbre dossiers en mouvement (rdv, urgence, etc.) par jour</b>	410	45	3 325	<b>3 780</b>
<b>Nbre feuilles reçues/classées/numérisées quotidiennement</b>	4 850	2 900	18 750	<b>26 500</b>

De par leur mission, les archives médicales ont poursuivi leur implication dans différents projets organisationnels liés au dossier de l'utilisateur.

- Concernant le Dossier clinique informatisé (DCI) et l'informatisation clinique (OACIS-Cristal Net), les équipes ont donné de la formation et fourni du soutien aux utilisateurs.
- Le gestionnaire de documents électroniques GDE-dynamique a été créé et implanté pour les formulaires électroniques dans les différents secteurs des centres hospitaliers. Cette implantation a inclus la révision des processus, une réflexion sur les besoins d'exploitation des données ainsi que l'automatisation de mécanismes permettant un suivi plus fluide des activités. L'équipe des archives médicales a offert un accompagnement dans le processus de déploiement et un soutien aux utilisateurs par la suite.
- L'index patient organisationnel (IPO) a été planifié. Les équipes ont assuré l'appariement des données saisies dans l'index patient local avec la RAMQ.
- Le Dossier santé Québec (DSQ) a donné lieu à une collaboration avec la Direction des ressources informationnelles. Les équipes des archives médicales ont vu au déploiement des nouveaux dispositifs DSQ, au soutien des utilisateurs et au remplacement des dispositifs désuets.
- Le comité des formulaires a continué ses activités afin d'assurer l'uniformisation des formulaires et la



disponibilité de ceux-ci dans les différentes installations pour répondre aux besoins des intervenants qui se déplacent d'une installation à l'autre.

- La numérisation des formulaires pour visualisation a considérablement progressé, comme en témoigne le tableau 5 ci-dessous.

**Tableau 5**

INSTALLATION	BILAN NUMÉRISATION
HSC	Numérisation des dossiers inactifs pour gain d'espace physique.
IUSMM	Numérisation à 100 % des documents reçus. Arrêt du classement des rapports papier le 18 mai 2016.
HMR	Numérisation à 70 % des documents entrant aux archives, déploiement en cours. Arrêt de classement visé.

Outre ces projets, le Service des archives médicales a misé en continu sur une optimisation des activités :

- **HSC**: la problématique importante de manque d'espace demeure, laquelle serait palliée par la numérisation des dossiers inactifs pour un gain d'espace à court terme, le processus étant toujours en cours. Les activités de numérisation ont été arrêtées de mai à décembre 2015. Malgré le manque de personnel, la codification a été effectuée dans les délais, et ce, sans budget supplémentaire
- **IUSMM**: le classement des rapports au dossier papier de l'utilisateur a été arrêté. La numérisation, désormais essentielle, est devenue fonctionnelle, à jour à 100 % et réalisée dans les délais requis. Le retard accumulé de plus d'un an des demandes d'accès aux archives a été résolu, le délai à respecter étant de 20 jours. Par ailleurs, les surcroûts non budgétés ont été abolis et les équipes ont procédé au déploiement du gestionnaire de documents électroniques GDE dynamique.
- **HMR**: la numérisation a été déployée, ainsi que le gestionnaire de documents électroniques GDE dynamique lié à la trajectoire patient. Des efforts constants ont été fournis pour la disponibilité du dossier de l'utilisateur. L'équipe s'est également impliquée dans l'implantation du centre de répartition des demandes de services (CRDS).
- **Réalisations conjointes dans les centres hospitaliers**: les équipes ont procédé à une harmonisation des pratiques de gestion des demandes d'accès et se sont organisées pour tendre vers une standardisation des quotas d'activités. Un poste d'archiviste temporaire à la qualité a été créé, permettant l'optimisation de la codification de la feuille sommaire; en vue

notamment d'une rémunération à l'acte. Un comité des formulaires a été mis sur pied pour voir à centraliser la création et la refonte des formulaires afin de répondre aux besoins des secteurs, tout en assurant un contrôle sur la création des formulaires.

#### Les principaux enjeux des archives médicales en volet hospitalier

- Refonte massive des formulaires en mode CIUSSS: une demande importante et pressante.
- Volumétrie considérable des dossiers et formulaires (notamment pour l'HMR).
- Non-uniformité des trajectoires et des formulaires dans les diverses installations.
- Absence d'un index patient organisationnel (IPO).
- Changement de dossier clinique informatisé d'Oacis vers Cristal-Net.
- Implication grandissante des ressources dans les projets d'informatisation.
- Manque d'espace physique important (augmentation annuelle des dossiers papier pour l'HSC et l'HMR).

#### Secteurs communautaires

Outre les activités inhérentes à ses mandats, l'équipe du service accueil-archives, volet à la communauté, a de plus travaillé sur plusieurs éléments.

Elle s'est concentrée à l'élaboration d'un processus de gestion des dossiers incomplets en hébergement visant l'uniformisation de l'offre de services, en conformité avec les exigences du Collège des médecins du Québec. Elle a élaboré un document d'analyse des besoins statistiques pour les équipes qui souhaitent harmoniser leurs sous-programmes. Elle s'est occupée de l'harmonisation des sous-programmes statistiques de la déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme, de la psychogériatrie et des soins post-aigus.

Par ailleurs, elle a élaboré le processus de cheminement de la demande entre l'accueil et les guichets et le guide synthèse des règles statistiques. Elle a apporté son soutien au Service régional de soutien à domicile (SRSAD) pour l'analyse des processus de gestion des dossiers.

L'équipe a également procédé à la révision des processus pour les soins post-aigus, à la suite de la modification de la portée du projet et de la vision de l'équipe.

Parmi ses autres réalisations figurent l'harmonisation et le pilotage du formulaire de préanalyse de la demande de services en soutien aux accueils, dont plusieurs personnes ont été délocalisées vers les GMF.

Enfin, l'équipe a participé activement au comité des archivistes CIUSSS dont l'objectif vise l'uniformisation des processus d'accès à l'information et la mise en place d'une communauté de pratique.

### Travaux en lien avec l'agrément

Un cadre de référence sur le consentement aux soins a été élaboré et l'équipe a participé activement à l'élaboration d'un cadre de référence touchant l'échange d'information aux points de transition.

### Travaux en lien avec la gestion des ressources humaines

La définition des attentes en regard des nouvelles embauches d'agentes administratives a été faite avec une approche par compétence.

### Les enjeux et priorités du Service accueil-archives, volet communautaire

- Gestion multisites.
- Maintien de l'ensemble des services malgré des bris de services importants dans plusieurs secteurs.
- Vieillessement du parc d'équipement informatique (numériseurs) causant de multiples bris, ralentissements ou mauvais fonctionnements.
- Adaptabilité de réponses aux demandes de soutien en provenance de toutes les directions, dans un contexte de pratique clinique en mouvance, impliquant une révision très rapide des processus.
- Refonte massive des formulaires en mode CIUSSS, dans un contexte où les applicatifs ne se communiquent pas, que l'on doit dédoubler la conception des formulaires et où les enjeux cliniques et de centralisation de certains secteurs nous obligent à prioriser cette tâche.
- Absence d'un index patient organisationnel (IPO).
- Passage du dossier clinique informatisé Oacis vers Cristal-Net.

### Les principales réalisations des équipes de biologie médicale

#### Volet qualité

- L'accréditation de l'*American Society for Histocompatibility and Immunogenetics* (ASHI) a fait l'objet d'une inspection et d'une reconduction au laboratoire de diagnostic moléculaire – HLA (*human leukocyte antigen*) de l'HMR sans aucune recommandation.
- Santé-Canada a effectué une inspection à la banque de sang de l'HMR en vertu du *Règlement sur le sang*. Il s'agissait d'une première visite de cet organisme dans ce secteur. Quelques non-conformités ont été identifiées, presque toutes de risque faible et une de risque modéré. Le plan d'action est en cours de réalisation.
- L'Agence de la santé publique du Canada a réalisé une inspection dans les laboratoires NC2 de microbiologie de l'HMR et de l'HSC. La conformité aux exigences de la *Loi sur les agents pathogènes humains et les toxines*

et du *Règlement sur les agents pathogènes humains et les toxines* a été vérifiée. Les quelques non-conformités relevées sont déjà corrigées.

- Une inspection a été faite au laboratoire de thérapie cellulaire de la *Foundation for the Accreditation of Cellular Therapy* (FACT) de l'HMR pour les activités entourant la greffe de cellules hématopoïétiques, les manipulations plus que minimales ainsi que pour la greffe d'effecteurs immunitaires.
- Le développement d'outils informatiques de suivi des non-conformités en temps réel s'est poursuivi, dans un processus d'amélioration continue de la qualité et la création de rapports personnalisés de non-conformités pour les partenaires.

#### Volet accessibilité

- Plusieurs éléments du plan d'action ont été réalisés, portant sur l'accessibilité du diagnostic de pathologie en temps cliniquement opportun pour le patient, avec d'une part la réorganisation du secteur de la cytologie de l'HMR et atteinte de la conformité des temps-réponses cibles et, d'autre part, la réorganisation du secrétariat de pathologie de l'HMR et élimination des délais de transcription.

#### Volet optimisation

- L'organisation des centres de prélèvements de quatre de nos huit CLSC (Saint-Léonard, Saint-Michel, Mercier-Est et Rosemont) a été optimisée.
- L'acquisition d'un appareil de séquençage de nouvelle génération (NGS) et de désignation du laboratoire de diagnostic moléculaire comme corridor de service québécois pour les typages HLA par cette technique a été réalisée.
- La mise en place au laboratoire d'immunologie des protocoles Euroflow permettant un diagnostic plus précis et un meilleur suivi du patient pour les leucémies aiguës, les myélomes, les myélomes multiples et la maladie minimale résiduelle, s'est poursuivie et est finalisée.
- Plusieurs protocoles de traitements innovateurs ont été réalisés pour les cancers sanguins au Centre d'excellence en thérapie cellulaire (CETC) UM171, CARE, ITAC-EBV et les équipes ont participé à la préparation de plusieurs produits cellulaires en partenariat avec l'industrie : ATIR (Kiadis), CART019 (Novartis).
- Le CETC a noué des partenariats avec l'axe d'ophtalmologie et la recherche pour la préparation de produits cellulaires ou d'implants nécessitant des installations



GMP (*good manufacturing practices* ou bonnes pratiques de fabrication).

- L'équipe du CETC a participé à l'obtention d'une lettre de non-objection de Santé Canada pour une première mondiale : le projet GLIDE - immunothérapie contre les antigènes mineurs de cancers hématopoïétiques.
- Un financement majeur a été obtenu pour accélérer le développement de l'immunothérapie et la création du centre pour la commercialisation de l'immunothérapie du cancer (C3i).
- Les services ont été réorganisés au laboratoire de l'HSC à la suite du transfert des analyses provenant des CLSC et de l'HSC vers l'HMR.
- Le projet de réorganisation et de centralisation des envois extérieurs à l'HMR et l'HSC s'est poursuivi, avec la décentralisation de l'enregistrement des analyses pour l'urgence et les soins intensifs.

#### Autres réalisations

- Biochimie : l'optimisation de la réception centralisée et la standardisation a été consolidée.
- Hématologie : participation de la banque de sang à la mise en place du protocole de transfusion massive pour les cas STAT (urgents) des salles d'opération et mise en place par la médecine transfusionnelle des protocoles d'immunoglobulines sous-cutanées pour immunisation passive de patients à domicile (soutien aux 12-15 patients).
- Diagnostic moléculaire et HLA : l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) a accepté trois nouvelles analyses suprarégionales : le panel LMA (par NGS), la détection de mutations pour le gène MPL, la détection de mutations pour JAK2 ex.12.
- Un article scientifique a été publié dans *J. Clin. Pathol.* (*Novel germline mutations in the calreticulin gene: implications for the diagnosis of myeloproliferative neoplasms*).
- La base de données HLA a été mise en place via Clinibase afin de centraliser les documents HLA et histocompatibilités reliés à la greffe de cellules souches à la suite du retrait de l'outil « dossier suivi clinique ».
- Un outil d'évaluation des listes de sangs de cordons a été développé pour améliorer la compatibilité des cordons sélectionnés et établir de meilleures stratégies cliniques.

- L'offre de services a été bonifiée par ajout des typages HLA-DPB1 visant l'amélioration de la compatibilité des donneurs non apparentés, sélectionnés en greffe hématopoïétique. Cet ajout a pour objectif l'amélioration de la survie globale postgreffe et la diminution de réaction du greffon contre l'hôte (GVH) aiguë et temps d'hospitalisation.
- Enfin, les équipes ont travaillé au projet Lean 5S, sur l'amélioration globale des espaces et du climat de travail.
- Centre d'excellence de thérapie cellulaire : la norme ISBT-128 a été implantée pour un étiquetage à numéro unique au niveau international et automatisé.

#### Les principales réalisations des équipes de cancérologie

- Une activité d'amélioration continue de type Kaizen s'est déployée au centre d'oncologie de l'HMR, incluant l'installation d'une borne tactile pour la gestion de la ligne d'attente, la révision des plages horaires des équipes médicales, l'organisation des cabines médicales (formulaires et fournitures) avec un système de réapprovisionnement. Le fonctionnement du bureau de coordination a été revu avec la coordination des requêtes postvisite médicale. Des politiques opérationnelles normalisées ont été produites pour les activités administratives à réaliser par les agents administratifs. Par ailleurs, les processus de travail des agents administratifs ont été révisés. Enfin, des ressources ont été ajoutées : agents administratifs, infirmières, infirmière-pivot en oncologie et préposé aux bénéficiaires.
- Une subvention de 350 000 \$ a été obtenue de la Fondation du cancer du sein du Québec pour le « Projet pilote d'une intervention multidimensionnelle pour les femmes touchées par le cancer du sein aux prises avec des difficultés cognitives associées aux traitements oncologiques (*Chemobrain*) ».
- Le plan de cancérologie du CIUSSS-EMTL a été déposé à la Direction générale de cancérologie.
- Une communauté de pratique en soins infirmiers oncologiques a été créée au sein du CIUSSS-EMTL.
- Les rencontres des comités diagnostiques et thérapeutiques du cancer ont été maintenues, sur une base hebdomadaire ou bimensuelle par sites tumoraux.
- Le GDE et Oacis ont été déployés à titre de projet pilote au centre d'oncologie de l'HMR.
- La curiethérapie avec Ct-simulateur dédié et répondant aux exigences d'une salle de chirurgie mineure a été mise à niveau.

- Le traitement du poumon en SBRT\* (radiothérapie stéréotaxique corporelle) en inspiration bloquée par VMAT (arc thérapie) a été instauré.
- Des patients partenaires ont été intégrés à plusieurs comités du programme et ils ont participé notamment à la préparation de la visite d'Agrément Canada et à la révision des classes d'enseignement préchimiothérapie.
- La participation de la clientèle aux ateliers organisés par le Fonds Croire (massothérapie, chorale, yoga du rire, méditation, etc.) a augmenté considérablement.
- Une partie de la clientèle a été transférée selon certains critères cliniques, à la suite d'une entente entre les oncologues du CIUSSS-EMTL vers la salle sous-utilisée de chimiothérapie de l'HSC.
- La planification de la chimiothérapie en deux temps a débuté à l'HSC en janvier 2017.
- La 4<sup>e</sup> accréditation FACT prévue le 17 mars 2017, a fait l'objet d'un travail de préparation.
- En radiophysique, la technique stéréocrânienne 3D pour les petites tumeurs au cerveau a été déployée. Un programme de prévérification dosimétrique a été développé et mis en marche. Le programme CQ a été révisé et arrimé aux normes Programme canadien pour la qualité en radiothérapie (PCQR), Agrément Canada. Enfin, les équipes se sont occupées du développement et de la vente des logiciels.
- Publications et rayonnement :
  - Une subvention majeure a été reçue pour le C3i (15 M\$).
  - Les retombées de la recherche clinique ont été de l'ordre de 1,5 M\$, correspondant à l'emploi de 20 personnes hautement qualifiées.
  - La Chaire Maryse et William Brock a été créée pour la recherche en greffe de cellules souches (capital actuel de 2,5 M\$).
  - 40 publications scientifiques ont été diffusées, acceptées ou soumises dans des revues.
  - Deux articles ont été acceptés et sont en attente de publication dans le *Canadian Oncology Nursing Journal*, en lien avec le projet de recherche en soins infirmiers sur l'outil de dépistage de la détresse.
  - 40 présentations lors de congrès nationaux ou internationaux (communications orales ou communications par affichage) ont été réalisées.

#### Les principales réalisations des équipes de l'imagerie médicale

L'optimisation de la trajectoire en imagerie médicale s'est actualisée avec, notamment, la réorganisation du travail en médecine nucléaire conventionnelle et tomographie en

imposition de positrons (TEP) afin de minimiser l'impact de l'augmentation de coût des substances radioactives.

Le réaménagement de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) à l'HMR a permis d'optimiser l'IRM de l'HSC en soirée. Le MSSS a donné son autorisation pour un surcroît en IRM à l'HSC dès le 7 mars 2017.

L'offre de services en CRDS -I a augmenté pour les demandes en IRM/MSK (problèmes musculo-squelettiques) à l'HMR et l'HSC, dès le 6 mars 2017.

Le transfert de l'appareil d'échographie de l'IUSMM à l'HMR a été effectué pour permettre une augmentation de l'offre de services en santé mentale et pour le CRDS.

L'offre de services a augmenté à l'HSC pour le CRDS en échographie.

Les activités d'une technologue autonome ont repris au CLSC de l'Est-de-Montréal pour l'offre de services au CRDS en échographie abdominale et pelvienne.

Les demandes d'examen spécialisés (scan et IRM) en provenance de l'IUSMM, à destination de l'HSC, ont été prises en charge.

L'imagerie médicale a participé au déploiement de la brancarderie pour l'HMR et l'HSC.

La lecture par les radiologistes de l'HSC a été optimisée pour les installations de Saint-Léonard et Saint-Michel, l'IUSMM et l'HSC, permettant de mettre fin au contrat de service avec certains partenaires privés.

L'optimisation du secrétariat de l'imagerie s'est poursuivie par la mise à niveau du matériel informatique et la révision des processus et des critères pour les performances et les compétences. Parmi les mesures prises en ce sens, notons l'implantation du logiciel XCELERA en échographie cardiaque de l'HMR, qui élimine le besoin de transcription au secrétariat médical.

Les ressources pour la transcription du secrétariat médical de l'IUSMM, de l'HSC et de Saint-Léonard et Saint-Michel ont été regroupées.

Les critères d'embauche et de tests préliminaires ont été identifiés avec la dotation du CIUSSS permettant d'avoir du personnel performant.

À la suite d'une analyse effectuée par une firme-conseil en 2016, toutes les heures travaillées et les titres d'emploi ont été réévalués. Un redressement pour le nombre d'équivalents temps complet (ETC) pour les technologues, les agents administratifs et les assistants techniques a été complété pour le 31 mars 2017.

L'HMR a participé à Sigma Santé pour l'optimisation des fournitures en angioradiologie et produits de contraste afin de diminuer les coûts par patient.

Les processus de l'utilisation des ressources à la filmothèque ont donné lieu à une révision afin de diminuer les coûts d'envoi des rapports en radiologie.

Deux nouvelles salles ont été réaménagées en radiologie à l'urgence.

L'accréditation du service de l'imagerie du sein a été obtenue au Centre de référence pour investigations désignées (CRID) pour la période du 1er août 2016 au 31 juillet 2019.

**Les principales réalisations des équipes œuvrant aux mécanismes d'accès**

#### Programmation chirurgicale

- L'épuration des listes d'attente a nécessité une révision hebdomadaire des cas de chirurgie oncologique. L'envoi des fichiers correspondants a été fait chaque semaine à la Direction québécoise de cancérologie (DQC).
- La table des priorités opératoires a été mise en place à l'été 2016, impliquant l'équipe du mécanisme d'accès, les chefs de département de chirurgie et d'anesthésiologie, l'équipe de coordination du programme de chirurgie. Une visite du CISSS de Laval

a été effectuée. Cette mise en place s'est accomplie grâce à l'acceptation du changement graduel de certaines procédures en lien avec la programmation.

#### HSC

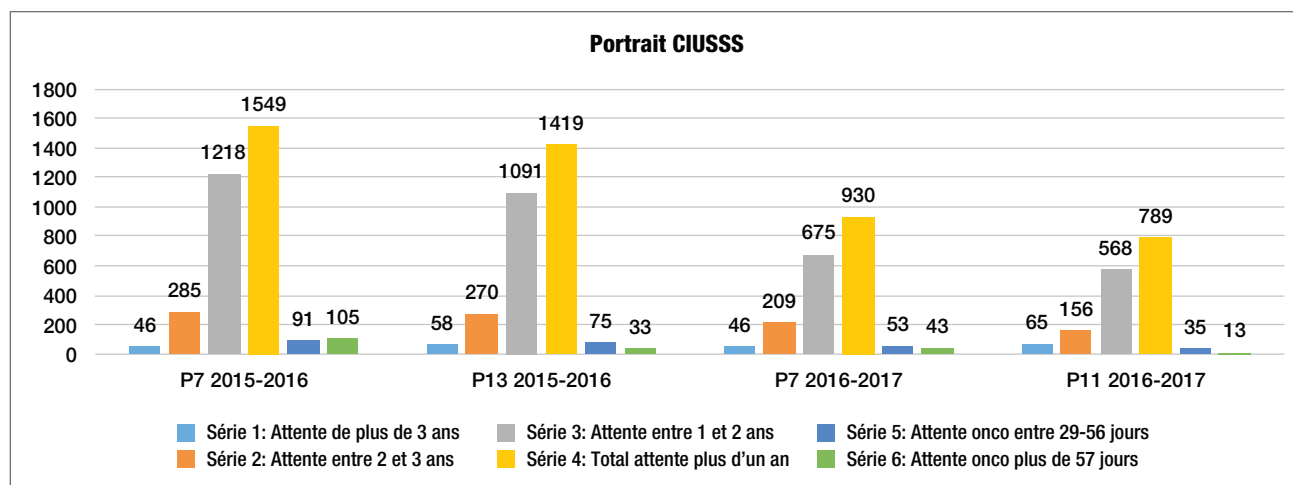
- Le transfert des activités de programmation chirurgicale du bloc opératoire et du service de l'admission s'est opéré vers le service du mécanisme d'accès le 5 décembre 2017.

#### HMR

- Une équipe dédiée principale «gate keeper» a été mise sur pied pour la programmation chirurgicale, le 15 février 2017.

#### CIUSSS-EMTL

- Les délais d'attente pour une chirurgie oncologique se sont améliorés de façon significative.
- Le nombre de cas en attente d'une chirurgie élective de plus d'un an affiche une baisse constante.
- Une requête opératoire/demande d'admission unique a été déployée pour le CIUSSS-EMTL le 20 février 2017.



### *Les nouveaux enjeux et priorités des mécanismes d'accès pour la programmation chirurgicale*

- Atteinte des cibles ministérielles pour les chirurgies oncologiques (0 cas en attente au 31 mars 2017).
- Atteinte des cibles ministérielles électives en attente de plus d'un an (0 cas en attente pour juin 2017).
- Maintien des délais d'attente pour les chirurgies oncologiques et électives.
- Déploiement des équipes dédiées à toutes les spécialités chirurgicales.
- Révision des trajectoires préopératoires.
- Déploiement de la requête opératoire WEB OPÉRA.

### **Accueil clinique**

- La fusion des deux accueils cliniques (HSC et HMR) en un seul point de service a été réalisée en octobre 2016. Les algorithmes cliniques de référence ont été revus afin qu'ils conviennent aux médecins spécialistes des deux établissements.
- Le nombre de références a été en augmentation constante à l'accueil clinique. La mise en place du Centre de répartition des demandes de services (CRDS) spécialité a grandement influencé cette croissance.
- Un soutien clinique a été apporté au CRDS en échographie.

### *Les nouveaux enjeux et priorités de l'accueil clinique*

- Soutien clinique dans la transition du CRDS échographie vers le CRDS imagerie de Montréal.
- Offre de services de l'accueil clinique avec les nouvelles réalités du CIUSSS-EMTL.
- Révision et renfort de l'offre de services actuelle, afin de créer un impact sur le nombre de patients à l'urgence et sur les références, notamment pour l'accès aux spécialistes.

### **CRDS échographie pôle 1**

- L'équipe du CSA HMR a déménagé vers le pavillon Rachel-Tourigny en vue du déploiement du CRDS imagerie en octobre 2016.
- Le nombre de références a augmenté de façon constante.

### *Les nouveaux enjeux et priorités concernant le CRDS échographie pôle 1*

- La transition vers le CRDS imagerie montréalais.

### **CRDS imagerie**

En février 2016, un comité de travail ministériel a

été formé afin de développer l'accès aux services spécialisés. De ce comité ont émergé les projets de CRDS spécialité et imagerie.

Le mandat d'actualisation du CRDS imagerie est attribué au CIUSSS-EMTL, étant donné la réussite du CRDS échographie. Ce mandat, qui comporte des enjeux et défis de taille, notamment en matière de technologie et d'harmonisation clinique des protocoles et préparations, est prometteur. En effet, les bénéfices escomptés portent notamment sur la réduction des listes d'attente, la pertinence de l'octroi des examens, la lecture en temps réel de l'offre et de la demande et l'optimisation des ressources humaines.

### **Admissions HSC-HMR**

Le rapatriement des activités de l'inscription des usagers à l'urgence a été effectué avec l'équipe de l'admission à l'HMR. Cette transition s'est accompagnée d'une amélioration des méthodes de formation et la mise en place d'outils référentiels mis à la disposition des employés, le tout permettant une augmentation du taux de conformité dans la complétion des dossiers et un meilleur respect des normes de saisie du cadre normatif Med-Echo.

Une harmonisation des structures de postes a été faite avec l'HSC et une formation a été dispensée en continu sur les responsabilités vis-à-vis des paiements, permettant de conscientiser davantage les employés.

Une révision de la distribution des lits dressés et des lits de débordement a été effectuée à l'HSC, constituant une première phase de l'harmonisation du tableau de bord des lits avec l'HMR et assurant davantage l'intégrité des données statistiques.

Les activités liées au processus de programmation chirurgicale ont été transférées vers le mécanisme d'accès à l'HSC. Ce transfert s'est accompagné d'une révision des rôles et responsabilités de chaque employé, amenant ainsi à une harmonisation avec la structure de l'HMR. La réorganisation physique des postes de travail et le déménagement de l'équipe du mécanisme d'accès ont concrétisé ce transfert.

Les services de Taxi Van, compagnie de transport supplémentaire à plus faible coût, ont été rendus disponibles à l'HSC.

L'outil Oacis a été déployé à l'HMR, avec une formation donnée à l'aide des capsules en ligne par l'équipe de l'admission de l'HMR. Des codes d'accès ont été remis à chaque membre de l'équipe.

Un contrat de service a été signé avec Alfred Dallaire Memoria pour l'entreposage et le transport des corps à l'échelle du CIUSSS-EMTL. L'entente, qui a été mise en

place à l'HMR et l'HSC, permet une alternative d'entreposage et de transfert des corps, et ce, sans frais. Elle permet de libérer la morgue afin d'assurer une accessibilité à celle-ci en tout temps.

Le relevé quotidien de la situation de l'urgence et du centre hospitalier a été déployé à la suite du nouveau lexique des variables du niveau de soins alternatifs du MSSS, avec une harmonisation et une révision de la saisie de l'information des variables NSA. Le personnel a été sensibilisé sur les particularités de la clientèle en fin de soins actifs et une harmonisation a été faite pour les trois hôpitaux du CIUSSS-EMTL.

Un exercice de simulation de code orange a permis de développer un plan de mesures d'urgence pour ce type de code. La simulation a permis de tester le processus et d'y effectuer des modifications à la suite des recommandations du personnel.

Une spécialiste en procédés administratifs a été intégrée à l'équipe de l'HMR, permettant un partage de connaissances entre l'HMR et l'HSC. L'apport de cette nouvelle recrue a permis la rédaction de plusieurs guides de processus et d'outils de référence maintenant disponibles aux employés, la révision de processus et procédures et la mise en place de meilleures pratiques.

Une unité 3<sup>e</sup> AB a été ouverte à l'HSC, comportant 25 lits de débordement temporaire où sont admis uniquement des patients de niveau de soins alternatifs. Cette unité participe au désengorgement des services d'urgence et permet une meilleure fluidité dans la gestion des lits.

#### ***Les nouveaux enjeux et priorités des admissions***

- Chantier d'optimisation du tableau des lits entre l'HMR et l'HSC.
- Transfert des activités de gestion des transports vers la logistique.
- Ressources humaines limitées.
- Déploiement du guide de gestion des décès.
- Harmonisation des processus entre les établissements.

#### **Les principales réalisations du centre d'appels**

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

- Le logiciel informatique de gestion des messages (TAO) a été rehaussé au service du renseignement des médecins.
- Des pagettes vocales (code bleu) ont été mises en place permettant la transmission des appels en temps réel.
- Un travail conjoint a été accompli entre le centre de soins ambulatoires (CSA) et le centre de rendez-vous (CRV).

- Un processus administratif a été implanté entre le CRV et les cliniques externes.
- Un guichet unique a été créé, occasionnant l'harmonisation de nos processus CRDS, permettant un point de chute unique et la centralisation des demandes de consultation (neuf spécialités). Ce guichet unique prévoit la numérisation des demandes de consultation/standardisation des demandes de consultation par spécialité.

Concernant le service de renseignement des médecins, le protocole de formation a été mis en place, ainsi que l'informatisation de procédures et le plan de contingence en cas d'urgence téléphonique/pagette, informatique et électrique.

#### **Les nouveaux enjeux et priorités du centre d'appels**

- Centralisation au niveau du CIUSSS : la création d'un bottin CIUSSS pour le service de renseignement des médecins et la centralisation des rendez-vous interétablissement.
- La bonification de l'offre de services au centre de rendez-vous, malgré l'augmentation du délai de traitement d'un rendez-vous.
- Ressources humaines limitées à la téléphonie et au CRV.
- Centralisation/déménagement des sous-services du centre d'appels : téléphonie, centre de rendez-vous, guichet unique.
- La priorité pour le centre d'appels consiste à continuer l'implantation des orientations ministérielles concernant le point de chute unique des demandes de service provenant de la clientèle et, par conséquent, intégrer un système de robotisation pour la confirmation de tous les rendez-vous.

#### **Les principales réalisations des équipes des cliniques ambulatoires**

##### **Rendez-vous en spécialités (excluant les visites en endoscopie)**

- Le processus de révision des listes d'attente s'est poursuivi pour les nouveaux cas afin de valider l'intégrité de ces listes.
- Un processus centralisé de numérisation des requêtes entrantes (nouvelles consultations) a été mis en place.
- Un guichet unique a été mis sur pied pour l'arrimage avec le CRDS montréalais de la réception des demandes en spécialité et l'octroi des rendez-vous (HMR).
- Un processus de retour des rapports de consultation de la visite du spécialiste au médecin référent a été établi pour les cas transigeant par le CRDS.
- La gestion par liste d'attente a été implantée pour le suivi des demandes de nouvelles consultations et les rendez-vous de suivi (HSC), avec l'implantation du

billet de rendez-vous de suivi ainsi que du formulaire de demande de nouvelle consultation. En date du 24 janvier 2017, il y avait 7 685 attentes inscrites dans le système (dont 1 717 nouvelles consultations).

#### **Les nouveaux enjeux et priorités des cliniques ambulatoires**

- Volume important de nouveaux cas en attente: résorption des listes d'attente de plus d'un an.
- Respect des délais énoncés par l'APSS.
- Absorption de nouvelles procédures par les ressources en place.
- Communication avec les partenaires du réseau : CRDS montréalais, CRDS imagerie, médecins référents.
- Mise en place d'une offre de services globale dans l'ensemble des spécialités.
- Arrimage des nouveaux processus (gestion du changement).

#### **Les principales réalisations des équipes de médecine de première ligne**

- L'adhésion au nouveau programme GMF a été actualisée avec les 12 GMF du CIUSSS-EMTL qui étaient régis par l'ancien cadre de gestion.
- Un nouveau GMF a été créé: la Polyclinique Masson.
- La quasi-totalité des professionnels attendus en GMF a été transférée.
- Des sites ont été ajoutés à deux GMF existants: le GMF Joliette avec la Clinique de pédiatrie sociale du Dr Julien et le CLSC Hochelaga-Maisonneuve, ainsi que la Clinique 3000 avec la Clinique médicale Bélanger.
- Deux nouveaux GMF doivent voir le jour prochainement: le CLSC Saint-Michel et la Clinique médicale Pie-IX.
- L'adhésion de cinq à sept cliniques-réseau est imminente au programme GMF-R.
- La Table de coordination du développement de la 1<sup>re</sup> ligne médicale de l'Est a été créée. Elle regroupe le directeur général adjoint, le directeur des services professionnels adjoint, le chef du département de médecine générale, les chefs de Table locale du DRMG (Département régional de médecine générale), les coordonnateurs médicaux de première ligne (CML), les médecins responsables des CLSC, les médecins responsables et gestionnaires des GMF et cliniques-réseau, les médecins responsables de cliniques médicales du territoire.
- Un soutien a été apporté aux trois guichets d'accès pour la clientèle orpheline (GACO) du territoire.
- Les milieux cliniques ont été soutenus et incités à l'inscription prioritaire de la clientèle des GACO du territoire.
- Un soutien a été fourni dans la création et la standardisation des ordonnances collectives et des protocoles pour la 1<sup>re</sup> ligne.
- Des liens et mécanismes ont été établis pour permettre l'application du règlement sur les frais accessoires.
- Une collaboration étroite s'est poursuivie avec le

DRMG pour l'arrivée des nouveaux facturants.

- Le Centre d'expertise en maladie chronique a été créé.
- Les équipes ont activement participé à la création d'une Maison Bleue sur le territoire.
- Des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) ont été intégrées sur le territoire.
- Un nouveau laboratoire d'imagerie médicale s'est ouvert à la Clinique médicale GMF 8260.
- Des efforts ont été déployés pour le développement et un soutien exceptionnel a été apporté pour favoriser l'émergence d'une nouvelle clinique médicale dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve qui dispose de très peu d'effectifs médicaux.

#### **Les principales réalisations des équipes d'ophtalmologie**

- En juin 2016, le MSSS a désigné le Département d'ophtalmologie de l'HMR en tant que Centre universitaire d'ophtalmologie (CUO) de l'Université de Montréal (UdM).
- La Clinique d'ophtalmologie générale (COG) de soins oculaires de première ligne, accueillant des stagiaires de l'École d'optométrie de l'UdeM, a été créée et ouverte en janvier 2017, une première au Canada.
- Une 1<sup>re</sup> et une 2<sup>e</sup> chirurgie ophtalmologique d'insertion d'un implant rétinien visant à redonner une vision pixellisée aux patients, ont été réalisées, une première au Québec.
- Une clinique de télédepistage de la rétinopathie diabétique, dont l'infirmière effectue la lecture de premier niveau, a été créée, une première provinciale.
- Une clinique de dystrophie rétinienne a ouvert ses portes, visant la prise en charge de cette clientèle spécifique et le projet de recherche associé.
- Un exercice Kaizen a été pratiqué, visant la réduction de 50 % du temps d'attente de la clientèle le jour de leur rendez-vous à la clinique externe d'ophtalmologie de l'HMR, complété au-delà du but premier.
- Des cas de chirurgies de la cataracte effectuées hors CIUSSS ont été rapatriés (zone franche à l'Hôpital Fleury), grâce à un plateau opératoire non utilisé à l'HSC.

#### **Les principales réalisations des équipes de la pharmacie**

Au volet des ressources humaines, l'année 2016-2017 aura été une année exceptionnelle pour le recrutement de pharmaciens à l'HSC. Malgré le départ de deux pharmaciens, l'embauche de six pharmaciens aura permis de mettre fin à un taux de pénurie et de stabiliser la présence des pharmaciens en soins critiques.

Concernant les services pharmaceutiques, une réorganisation au sein des pharmacies de différentes installations a permis de mettre fin à l'impartition en prenant en charge la gestion de la médication pour quatre CHSLD, représentant plus de 400 lits. De plus, le recours aux pharmacies communautaires pour l'obtention de



préparations stériles a pris fin avec une prise en charge totale par la pharmacie de l'HMR.

Cette année fut une année de grands projets. Plusieurs ont vu le jour, certains sont déjà réalisés et quelques-uns poursuivent leur développement.

**Projet LEAN en CHSLD:** avec l'aide de la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQÉPÉ), le département a réalisé un exercice LEAN afin d'harmoniser le circuit du médicament dans les pharmacies des trois anciens CSSS. Ce projet aura permis de maximiser le travail des assistants techniques en pharmacie afin de libérer du temps de pharmacien pour être investi auprès des patients et des équipes traitantes.

**Projets avec les Hautes études commerciales (HEC) de Montréal:** deux projets ont vu le jour en collaboration avec des étudiants de maîtrise en administration des affaires des HEC: un projet de centralisation des approvisionnements et un projet de centralisation des activités de distribution des médicaments et de validation des ordonnances. Ces deux projets sont devenus une source de réflexion pour le projet de centralisation du Département de pharmacie.

**Gesphar Onco HSC:** dans un but d'harmonisation des pratiques entre les deux centres d'oncologie (HMR et HSC), le Département de pharmacie a implanté à la pharmacie d'oncologie de l'HSC une nouvelle version du logiciel Gesphar afin d'augmenter l'efficacité dans la prise en charge des traitements des patients en oncologie et de maximiser le recours aux ordonnances individuelles préimprimées par les équipes médicales.

**Projet de mise en commun informatique:** le projet de mise en commun du système informatique du Département de pharmacie a continué de progresser. Cependant, le besoin d'augmenter la stabilité du réseau informatique a ralenti le projet et entraîné un retard dans les échéanciers.

**Projets de centralisation du Département de pharmacie:** l'obligation de rénover les installations pour la préparation de produits stériles à l'HMR a fourni l'opportunité au Département de pharmacie de revoir l'ensemble de ses installations et de ses missions pour présenter un plan de centralisation sur deux sites afin d'augmenter l'efficacité et la sécurité du circuit du médicament.

#### **Les principales réalisations des équipes des pratiques professionnelles**

Le comité des pratiques professionnelles (CPP) a vu son mandat adopté au printemps 2016 par le comité de direction, le CMDP, le CII et le CM. Les travaux se sont amorcés à l'été. Au 31 mars 2017, six rencontres avaient

été tenues, respectivement pour le CPP et son comité statutaire (consultatif des ordonnances et protocoles cliniques ou COP).

Voici ci-après les grandes lignes des réalisations.

- Sujets abordés au CPP dont les travaux sont en cours :
  - interdisciplinarité et partenariat de soins;
  - niveau d'encadrement de l'utilisation d'un professionnel externe;
  - chutes et contentions;
  - mesures de contrôle;
  - agencement sécuritaire des lits et des matelas pour éliminer les zones de piégeage;
  - processus de soins en nutrition (PSN);
  - définition des orientations concernant la psychothérapie dans le CIUSSS;
  - analyse et révision des pratiques en sédation-analgésie selon les nouvelles lignes directrices du CMQ;
  - approche en sédation palliative et au niveau des soins de confort;
  - contribution aux travaux en lien avec l'encadrement clinique des professionnels et infirmières œuvrant en GMF/1<sup>re</sup> ligne;
  - soutien à la trajectoire AVC – volet dysphagie.
- Travaux réalisés au COP
  - Des gabarits CIUSSS ont été élaborés et publiés pour les ordonnances collectives (OC), les ordonnances individuelles préformatées (OIP) et les protocoles interdisciplinaires (PID), imposant une prise de connaissance des alignements du CMQ en matière d'ordonnance individuelle et d'ordonnance collective.
  - Des démarches structurées ont été lancées pour coordonner les efforts dans différents secteurs. Concernant la chirurgie, le séquençage des sites chirurgicaux dont les OIP seront révisées, a été effectué; les travaux ont été finalisés pour la dialyse péritonéale; et les travaux sont en cours pour l'ophtalmologie. Par ailleurs, l'harmonisation de la néphroprotection lors du recours d'agents opacifiants (imagerie médicale) a été réalisée.
  - La structure des attributs et des métadonnées à colliger sur intranet pour chacun des documents a été conçue et validée avant sa livraison à la DRHCAJ. Cette structure permettra de développer le moteur de recherche et le registre qui seront sur l'intranet du CIUSSS-EMTL, spécifiquement pour la section «ordonnances et protocoles». Ce module servira également au transfert des documents vers le nouvel intranet.
  - Différents outils ont été approuvés, finalisés et mis en place, parmi lesquels : deux protocoles interdisciplinaires (DMA et mesures de contrôle), des OC pour la dialyse péritonéale (13), l'ophtalmologie (deux), le continuum naissance (cinq) et l'urgence (une). En ce

qui concerne les OIP, notons les secteurs de l'anticoagulothérapie ambulatoire (une), AVC (deux), influenza et vaccination (deux), l'antibiothérapie pédiatrie (une), le continuum naissance (deux), la recherche clinique (13), la cancérologie (33), l'imagerie (trois) et l'endocrinologie (une).

- L'ensemble des travaux a repris à un rythme constant grâce à l'arrivée d'un soutien administratif de la part de la DSP.
- Un exercice de notoriété pour une approche nouvelle ou renouvelée  
Considérant la nature nouvelle du fonctionnement, un exercice de notoriété a débuté et est toujours en cours afin d'informer l'ensemble des équipes du fonctionnement, du rôle et des attentes du CPP et du COP. Ces travaux s'articulent de différentes manières et sont guidés grâce à l'aide la DRHCAJ tant au niveau de l'intranet, de l'accès à différents forums qu'à la mise en place de solutions pérennes de communication lors de la publication d'outils cliniques.
- Exercice de vision partagée pour la création d'une offre de services intégrée  
Puisque le volet des pratiques professionnelles est en cogestion avec les directions constituantes (DSI, DSM et DSP) de la Direction générale de santé physique générale et spécialisée, un exercice de vision intégrée des pratiques professionnelles a été amorcé et est en cours afin de créer une offre de services commune et à portée transversale. Cet exercice, en cours depuis janvier 2016, suscite l'enthousiasme. La mise en place d'un réseau recentre les équipes autour d'une vision et d'une approche communes. Les livrables de cet exercice sont planifiés pour la fin 2017.

#### Les principales réalisations des équipes de prévention et contrôle des infections

Le comité de prévention et contrôle des infections (PCI) du CIUSSS-EMTL a poursuivi ses activités entamées l'année précédente. Un comité équipe-qualité a été créé, avec un volet communautaire et hospitalier. Les équipes ont collaboré et participé aux réunions des projets de rénovation, construction dans les installations du CIUSSS-EMTL.

- Des audits sur l'hygiène des mains ont été réalisés et les résultats ont été diffusés aux gestionnaires mensuellement au niveau hospitalier et communautaire. Des démarches ont été entreprises avec la Direction adjointe des communications internes et des affaires juridiques visant l'élaboration d'une campagne sur l'hygiène des mains à travers le CIUSSS.
- La gestion des écloisions s'est déroulée activement. La gestion des cas et des écloisions reliées aux bacilles à Gram négatifs producteurs de carbapénémases (BGNPC) a été déployée dans différents secteurs et

sur différentes unités. Les équipes ont participé de façon volontaire au programme de surveillance des BGNPC sur le portail de l'Institut national de santé publique du Québec.

Une écloision de coqueluche a été gérée dans une ressource d'établissement.

Une écloision de streptocoques pyogènes du gr. A a été gérée au secteur de la dialyse. Des écloisions virales et bactériennes ont été gérées, de même que celles reliées aux bactéries multirésistantes : en date du 20 février 2017, 90 écloisions au total avaient eu lieu. Il est important par ailleurs de noter une diminution du taux d'incidence du *Clostridium difficile* à l'HMR et l'HSC.

- Au volet des communications, des activités d'harmonisation des affiches sur les précautions additionnelles ont été réalisées et des démarches ont été entreprises afin de définir l'identité visuelle et distinctive du service.
  - Les politiques et procédures ont fait l'objet de la rédaction d'un plan d'action portant sur l'ensemble des politiques et procédures à harmoniser.
  - L'éducation et la formation ont été à l'ordre du jour. La formation à l'accueil sur l'hygiène des mains a été harmonisée pour l'ensemble des employés du CIUSSS-EMTL. Plusieurs conférences ont été données par le chef de service de microbiologie sur le BGNPC. Une présentation a été acceptée pour le congrès de l'Association des infirmières en prévention des infections en mai 2017, donnée par une conseillère en soins du CIUSSS-EMTL.
  - La surveillance a fait l'objet d'un déploiement sur plusieurs fronts. Tout d'abord, la surveillance des infections du site opératoire – prothèse totale de la hanche – prothèse totale du genou (ISO PTH-PTG) a été ciblée à l'HSC et à l'HMR. Un ajout de surveillance des pneumonies acquises sous ventilateur a été fait à l'HSC.
- Par ailleurs, les équipes ont participé aux programmes de surveillance de l'INSPQ. L'HMR a participé au Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales.
- Enfin, un projet de surveillance des infections urinaires chez les porteurs de cathéters urinaires est en préparation.
- Trois étapes sur quatre du dossier « zones grises » ont été réalisées, la 4<sup>e</sup> étape consistant à mettre en place un mécanisme de suivi. Le dossier a été trans-

féfé au Service d'hygiène et salubrité. Ce dossier a nécessité de constituer l'inventaire des équipements et du mobilier pour lesquels les activités de nettoyage et de désinfection ne sont pas actuellement prises en charge par un service (zones grises) et de déterminer le service responsable de l'intégrité sanitaire pour chacun des items listés.

#### Rédaction de dossiers particuliers pour la DSP

- Dépôt du plan des effectifs médicaux en spécialités 2017-2020.
- Portefeuille des initiatives de pertinence clinique du CIUSSS-EMTL.
  - Consultation sur le portfolio du CIUSSS-EMTL : situation actuelle, vision et enjeux.
- Programme de cancérologie du CIUSSS-EMTL pour la Direction québécoise en cancérologie.
- Réponse à de multiples et diverses correspondances d'ordre médico-légal (demandes d'accès à l'information, courrier ministériel, Protecteur du citoyen, régimes de protection, etc.).

#### Direction des soins infirmiers

##### Les principales activités de l'équipe du volet opération

- Services de première ligne et de soutien à domicile spécialisé

Coordination des soins et des services de première ligne

En avril 2016, le MSSS a donné les mandats au CIUSSS-EMTL d'assurer la migration du système d'information du guichet d'accès pour la clientèle sans omnipraticien (SIGACO) enregistrée et en attente d'un médecin de famille, vers la nouvelle version GAMF (guichet d'accès à un médecin de famille) de la RAMQ. Malgré les échéanciers très courts pour la réalisation de ce mandat, l'objectif a été atteint avec succès.

Toujours dans une optique d'efficacité, les équipes des territoires de Saint-Léonard et Saint-Michel et de Lucille-Teasdale ont été fusionnées localement pour la gestion du GACO.

Durant cette même période, un nouveau cadre de gestion pour les groupes de médecine familiale (GMF) entré en vigueur. Celui-ci suggérait aux GMF d'adhérer à un dossier médical électronique. Le CIUSSS-EMTL a travaillé en étroite collaboration avec le fournisseur retenu et les deux GMF intramurales de l'établissement pour actualiser cette exigence.

Les deux GMF publics du CIUSSS-EMTL répondent maintenant aux exigences de conformité du MSSS. De plus, dans le cadre de ces nouvelles modalités proposées par le cadre du MSSS, les équipes ont travaillé à intégrer les ressources infirmières prévues dans les 13 GMF du territoire, et ce, dans les délais prescrits.

Enfin, à la suite de la fusion des établissements, nous avons procédé à la fusion des centres d'activités des ressources humaines pour le secteur des services courants, offrant ainsi une meilleure gestion des ressources et une plus grande mobilité du personnel pouvant répondre aux besoins des CLSC.

- Trajectoire optimale et liaison

Suivi des clientèles complexes : le projet Maillage

Rappelons que le projet Maillage a été révisé en 2015-2016, dans le but d'enrayer la surconsommation des services de santé hospitaliers (visites à l'urgence et hospitalisations) des grands consommateurs, et de produire un réel effet systémique au sein des hôpitaux du CIUSSS-EMTL. L'équipe de gestionnaires de cas complexes a été agrandie à sept intervenants et gérée par la chef de service de la Trajectoire optimale.

En résumé, les résultats pour 2016-2017 sont : une cohorte de 500 patients grands consommateurs de l'HMR (80 %) et de l'HSC (20 %). La moyenne des visites à l'urgence a diminué de 44 %, les hospitalisations de 32 % et les interventions en soins à domicile ont augmenté de 107 %, comparativement à l'année précédente, et ce, dès la mise en œuvre de la coordination de services pour la clientèle de grands consommateurs.

Coordination dynamique des séjours hospitaliers

Une coordination dynamique quotidienne des séjours hospitaliers a été mise en place de janvier 2016 à août 2016. Les objectifs atteints sont : une diminution du nombre des longs séjours, une analyse exhaustive des causes relatives aux longs séjours, une réduction des durées moyennes de séjour sur les unités de médecine et chirurgie et une amélioration de la gestion des épisodes de soins assurée par l'ensemble des chefs d'unités. Cette activité s'est faite conjointement avec les acteurs concernés de la Direction des services multidisciplinaires, de la Direction des soins infirmiers et de la Direction SAPA. Pour soutenir la démarche et avec l'aide du service de l'Infocentre, un tableau générique de suivi des usagers en niveau de soins alternatifs (NSA) a été créé.

## Service régional des soins à domicile (SRSAD)

Deux projets importants ont été réalisés au SRSAD au cours de l'année 2016-2017 dans l'objectif d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins ainsi que l'efficacité des services au bénéfice de la clientèle.

Le premier de ces projets est l'intégration des télésoins au SRSAD qui a permis d'augmenter leur utilisation comme modalité d'éducation de l'utilisateur/famille et de suivi clinique, de diminuer le délai d'admission aux télésoins pour l'utilisateur apte à en bénéficier et enfin de formaliser les critères d'accès aux télésoins. Un des principaux changements visés par cette révision de processus est de permettre une utilisation optimale du nouveau système de télésoins.

Le deuxième projet a consisté à réviser le processus de traitement des demandes soumises au SRSAD. Il a permis d'améliorer l'efficacité du processus de traitement des demandes de services, de réduire la durée du cycle relié au traitement des demandes de services, d'augmenter la proportion de dossiers avec un plan d'intervention interdisciplinaire (PII) et un plan thérapeutique infirmier (PTI) et, enfin, de réduire le recours à du temps supplémentaire ou à la banque de temps.

### • Épisodes de soins d'urgence

Les équipes ont travaillé à l'atteinte des trois indicateurs de l'urgence déterminés dans l'entente de gestion, et ce, dans un contexte démontrant une augmentation de 5 % de la clientèle dans les urgences des installations de l'HMR et de l'HSC.

L'indicateur «Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière de l'urgence», dont la cible était de 19 h, a été de 24 h pour l'HMR et de 19 h pour l'HSC.

Plusieurs actions ont été amorcées, tant dans la fluidité de la gestion des lits disponibles, l'attribution des congés sur les unités que dans la gestion des congés directement à partir des urgences. De nombreux défis sont encore présents, mais un travail de mobilisation de tous les partenaires ayant un impact de près ou de loin dans l'atteinte de la cible exigée est en cours et portera ses fruits de façon plus visible dans le courant de la prochaine année.

Concernant l'indicateur «Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de deux heures», les résultats pour l'HMR sont de 56 % et de 51 % pour l'HSC. Rappelons que la cible visée était de 65 %.

Enfin, pour l'indicateur «Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est

de moins de quatre heures» visant une cible de 60 %, l'HMR a répondu à 53 % et l'HSC à 43 %.

Dans un contexte de pénurie de la main-d'œuvre médicale disponible pour dispenser les soins, l'atteinte de ces deux indicateurs devient très complexe. Cependant, des actions ont été identifiées et seront mises en application dans les premières périodes de l'année 2017-2018 afin de retravailler l'entrée de certaines données et de réorganiser le secteur ambulatoire de chacune des urgences (HMR et HSC).

Poursuite des travaux de construction à l'urgence de l'HMR pour l'ouverture du nouveau secteur ambulatoire en mai 2017 : une planification du déménagement est en cours, impliquant les différents partenaires internes et externes.

### • Épisodes de soins en médecine et chirurgie

#### Volet médecine

L'HMR a obtenu l'accréditation de Santé Canada pour le programme de greffe rénale. Cette accréditation doit être obtenue aux trois ans. Le programme de greffe rénale nécessite une implication de plusieurs directions, principalement la DSI (opérations et pratiques professionnelles) et la DSP. Il est important de souligner les efforts soutenus et de grande qualité de toute l'équipe médicale, infirmière et professionnelle afin de garantir l'assurance qualité de ce programme.

La création d'une unité dédiée à la clientèle AVC a été consolidée en 2016-2017 sur l'unité du 9AB de l'HMR. Cette unité permet d'accueillir 18 patients ayant eu un AVC et d'offrir les soins et services d'un centre secondaire AVC. L'unité regroupe une équipe interdisciplinaire composée d'infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires, assistante du supérieur immédiat, infirmière au suivi intégré neurologique et AVC, ergothérapeute, physiothérapeute, nutritionniste, orthophoniste, pharmacien, neurologues, et permet aux patients de bénéficier de soins de l'expertise nécessitée par leur état clinique de santé. Cette démarche s'inscrit dans le continuum AVC qui comporte plusieurs phases réalisées avec des directions partenaires afin d'offrir les meilleurs soins et services tout au long de cette trajectoire de soins.

#### Volet chirurgie

La réalisation d'un guide d'enseignement, rédigé en partenariat avec la clientèle et l'équipe interdisciplinaire, permet d'harmoniser l'enseignement à la clientèle et de faciliter l'enseignement de départ, et ce, pour toutes les clientèles de chirurgie.

Les principales activités réalisées par les équipes du volet des pratiques professionnelles et de l'excellence en soins infirmiers

- Le déploiement de la prescription infirmière s'est poursuivi en 2016-2017 afin de permettre, notamment, une accessibilité et une continuité des soins et services optimisées pour la clientèle. Les domaines visés par le règlement sont les problèmes de santé courants, la santé publique et les soins de plaies.
- Une contribution importante pour l'amélioration continue des soins et services est due notamment à la grande implication des porteurs des pratiques organisationnelles requises (POR), critères transversaux ou critères à priorité élevée au sein de la DSI en vue de la visite d'Agrément Canada 2017-2019.
- Un nouveau modèle de distribution des soins a été mis de l'avant en 2016-2017. Ce modèle a permis d'encadrer les rôles et responsabilités de chaque membre de l'équipe de soins pour les secteurs de médecine et chirurgie de l'HMR. À terme, ce modèle répondra aux besoins grandissants de notre clientèle et de leurs proches. Le déploiement se poursuivra pour les secteurs de médecine et chirurgie pour l'HSC.

#### Les nouveaux enjeux et les priorités de la Direction des soins infirmiers

Les activités de la DSI sont confrontées à de nombreux enjeux, notamment en termes d'efficacité des services, de coordination des trajectoires de soins et de mise en œuvre des pratiques professionnelles conformément aux exigences des instances ministérielles et d'agrément. En voici quelques-uns, qui sont aussi des priorités de la Direction pour la période à venir :

- Le déploiement de la formation ministérielle sur l'évaluation de la condition physique et mentale.
- La poursuite du déploiement de la Loi 2 (loi concernant les soins de fin de vie).
- L'harmonisation des pratiques en soins infirmiers.
- La poursuite du développement du rôle des infirmières praticiennes spécialisées (IPS).
- La poursuite de l'animation et du suivi de la salle de pilotage DSI.
- La contribution au plan d'optimisation de la chaîne d'approvisionnement (évaluation du matériel).
- La poursuite du déploiement du plan biennal AVC.

#### Les principales modifications apportées dans les services offerts

- La révision des structures de soins sur les unités de médecine et de chirurgie.
- Le déploiement du programme d'évaluation des soins (programme d'audits).

## Les directions administratives

### Direction de la logistique

#### Les principales réalisations de l'équipe de la logistique

- Un nouveau service de brancarderie a été déployé pour le transport des patients à l'HMR.
- L'intégration des systèmes de gestion des approvisionnements (GRM) en un seul système a été effectuée.
- Le regroupement des activités de messagerie et de reprographie a été effectué, comportant des avantages pour les deux secteurs :

#### Reprographie

En centralisant le service de reprographie à l'IUSMM, les équipes ont été en mesure d'offrir de nouveaux services. Le regroupement des contrats conclus avec le fournisseur Xerox permet d'avoir des équipements plus performants et aussi de réaliser à l'interne des travaux qui étaient précédemment donnés en sous-traitance.

#### Messagerie

La centralisation des services de messagerie à l'HMR permet de consolider les routes de transport et de procéder à une réduction des coûts, notamment ceux facturés par les entreprises de livraison qui desservent les anciens établissements.

En ayant une vue d'ensemble des besoins de la clientèle interne, les équipes sont à présent à même de choisir les moyens les plus efficaces pour générer une valeur ajoutée à ce service.

#### Les nouveaux enjeux et priorités de la Direction de la logistique

- L'amélioration constante de la performance et du service à la clientèle demeurent des enjeux pour lesquels le déploiement du nouveau système GRM et l'utilisation des fonctionnalités comme les requêtes Web offriront des solutions de choix.
- Le contrôle des dépenses de fonctionnement et la recherche d'économies sont à l'ordre du jour de la Direction. Pour ce faire, les équipes travaillent en étroite collaboration avec les directions cliniques et administratives, afin d'harmoniser les choix de produits et de négocier de nouvelles ententes d'achats avec les groupes d'achats en commun et les autres établissements du réseau qui souhaitent profiter de l'effet de groupe.



### Les principales modifications apportées dans les services offerts

Guidées par une approche intégrée, les équipes de la Direction de la logistique ont réuni tout au long de l'année leurs expertises et compétences pour mettre au service de la clientèle interne des outils et moyens faisant une différence, créant une valeur ajoutée à la fonction logistique.

### Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique

#### Les principales réalisations des équipes de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQÉPÉ)

##### Le déploiement du système de gestion intégrée de la performance

La mise en place d'une salle de pilotage stratégique a permis de soutenir une concertation des actions et un suivi collectif des objectifs de performance de l'établissement. De plus, 50 % des salles tactiques ont également été déployées, tout comme près de 10 % des salles opérationnelles. Avec les constats réalisés au cours des animations, il est apparu nécessaire de pousser plus loin les actions d'intégration. Ainsi, une démarche intégrée de planification organisationnelle a été amorcée et est en développement, laquelle inclut la planification budgétaire, la révision des projets organisationnels (dans les salles de pilotage), l'entente de gestion et d'imputabilité, le cahier de charges des PDG et une première évaluation des risques d'affaires.

Un bureau de projets a été mis en place, constituant le point de départ d'une saine coordination des actions d'amélioration et de transformation de l'organisation. Il a permis d'animer un portefeuille de 140 projets organisationnels et un Infocentre ayant répondu à plus de 350 demandes de soutien. Parmi le lot de projets organisationnels, figurent 15 projets de type «résolution de problèmes» appelés «DMAIC» pour «définir, mesurer, analyser, innover, implanter et contrôler». Également, trois trajectoires de services ont été révisées, à savoir celle des soins palliatifs, celle traversant le continuum de services naissance et celle des 0-7 ans en déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficiences physiques.

##### La démarche d'amélioration continue de la qualité (ACQ)

L'harmonisation de la structure de soutien de la démarche d'agrément et des activités pour des soins et services sécuritaires a mobilisé les équipes qui poursuivent leurs efforts en ce sens. Ces travaux sont préalables à la visite d'agrément de décembre 2017 pour les normes en santé physique, en santé publique et, également, pour les normes de gouvernance et de *leadership*.

Dans un objectif d'évaluation formative et d'amélioration continue, une prévisite a eu lieu en novembre 2016. La création d'un registre central des règlements, politiques et procédures a favorisé l'harmonisation des documents d'orientation du CIUSSS-EMTL. Une formation sur les traceurs ainsi qu'un sondage «maison» sur la culture de sécurité ont été réalisés. Les apprentissages issus de ces démarches ont permis aux équipes de concentrer leurs efforts d'amélioration.

##### La gestion intégrée des risques

En 2016-17, l'harmonisation de 70 % des documents d'encadrement concernant la prestation sécuritaire de services sous la responsabilité d'élaboration de la DQÉPÉ a été réalisée. La diffusion des différentes politiques et procédures qui s'y rapportent a donc également débuté au cours de l'année. Un outil de visualisation des déclarations a été créé et offert aux gestionnaires et médecins, afin de mieux les accompagner et les soutenir dans la prise de décision et les analyses réalisées à la suite des incidents et accidents. Plusieurs avis sommaires concernant la qualité et la sécurité des services ont également été produits.

##### L'évaluation de l'expérience patient

Trois enquêtes ont été complétées au cours de l'année pour les services suivants : l'équipe mobile de psychiatrie légale, le soutien à l'autonomie des personnes âgées (sur l'offre en loisirs en CHSLD), et la santé publique (sur les cours prénataux). Trois enquêtes ont été initiées et sont encore en cours de réalisation, notamment concernant l'évaluation des services en santé mentale (continuum jeunes en difficulté et santé mentale jeunesse), l'expérience patient dans les CHSLD (Direction SAPA) et la satisfaction des usagers des ressources résidentielles (Programmes santé mentale et dépendance). Un questionnaire de satisfaction pour le service d'imagerie médicale est en cours d'élaboration.

##### Les nouveaux enjeux et priorités de la DQÉPÉ

- Maintien du statut d'agrément en 2017.
- Déploiement du système de gestion intégrée de la performance, de la transformation et de l'amélioration continue incluant :
  - cadre de référence en performance;
  - coordination des projets organisationnels;
  - modèle d'intelligence d'affaires (Infocentre);
  - évaluation (offre de services et cadre de référence);
  - cadre intégré de la qualité de la performance.
- Soutien du développement du modèle gouvernance et de l'évaluation de l'excellence clinique.
- Suivi efficace des livrables et des indicateurs de l'entente de gestion et d'imputabilité.



- Suivi efficace et transparent des rapports du Coroner, du Protecteur du citoyen, de la gestion des risques et des visites ministérielles.
- Élaboration des tableaux de bord du conseil d'administration et de ses comités (évaluation organisationnelle et de la qualité des services).
- Consolidation de la structure de l'équipe d'éthique clinique, organisationnelle et de la recherche.

### Direction des ressources financières

#### Objectifs annuels

Afin d'entamer la deuxième année du CIUSSS-EMTL, la Direction des ressources financières (DRF) a statué sur les objectifs à prioriser. La mise en place d'un système d'information intégré s'imposait, car il était difficile de remplir efficacement le rôle qui lui était imparti avec une multitude de systèmes d'information. Les travaux pour la mise en place de ce système devenaient donc prioritaires.

L'importance de connaître et de bien jouer son rôle représente une base à mettre en place pour assurer la performance de la Direction. Aussi, la deuxième priorité a consisté à établir les balises et à mettre en place des outils pour mieux définir les rôles et responsabilités des membres du personnel.

#### Rôles et responsabilités

Les employés de la DRF sont des alliés incontournables à la réalisation des défis du CIUSSS-EMTL. Des rôles et responsabilités clairs et conformes aux standards guident les pratiques et les processus. Afin de permettre un langage commun et une utilisation des compétences selon les rôles de chacun, une réflexion a été faite en collaboration avec la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques (DRHCAJ). Des ateliers de travail pour les gestionnaires ont permis de définir les rôles et responsabilités des intervenants au sein des processus et activités de leur secteur. L'outil développé a permis de définir les grandes natures d'activités et les titres d'emplois impliqués.

À partir de cette matrice de responsabilités, les rôles et responsabilités ont été définis pour toutes les catégories d'emploi et ont fait l'objet d'une présentation à tous les employés de la Direction. Cet exercice a été réalisé en deux étapes et a permis de clarifier les objectifs et les attentes pour chacun des titres d'emploi. Les gestionnaires doivent maintenant utiliser les balises présentées pour harmoniser les processus de leur secteur d'activités et mieux répartir les tâches au sein de leurs équipes.

#### Intégration des systèmes administratifs

Le ministère de la Santé et de Services sociaux a auto-

risé les établissements du réseau de la santé à procéder à l'intégration de leurs systèmes financiers et d'approvisionnement par une solution informatique temporaire. Un système unique provincial de gestion financière et matérielle sera implanté d'ici trois ans.

Le CIUSSS-EMTL a donc opté pour un seul et même système de gestion administratif qui vise le regroupement et l'harmonisation des différents systèmes sous un seul logiciel appelée Espresso, de la firme Logibec, pour les systèmes de gestion des ressources financières-gestion des ressources matérielles (GRF-GRM).

Cette harmonisation des systèmes a impliqué plusieurs changements et touché l'ensemble du personnel du CIUSSS à différents degrés.

La première phase de ce projet ambitieux qui a impliqué la Direction logistique et la Direction des ressources financières est implantée depuis le 5 février 2017. Le projet a nécessité un travail considérable des deux directions ainsi qu'une collaboration étroite avec la DRHCAJ. Plus de 250 personnes ont mis l'épaule à la roue pendant cinq mois pour préparer cette implantation. Elles ont traité près de 130 000 produits listés et 30 000 fiches fournisseurs.

Une structure de projet a été mise en place, plusieurs rencontres de planification, d'accompagnement et de formation ont été organisées par les responsables de l'implantation auprès des secteurs clients touchés par les systèmes GRF-GRM.

La prochaine étape vise l'intégration du système GRH-Paie qui permettra de combiner les sept bases de données GRH-Paie en une seule base de données (Médiasolution). C'est également une étape préalable au projet de la régionalisation de la paie.

#### Regroupement physique des équipes

Le regroupement physique des équipes de la DRF s'est effectué en deux phases distinctes. Cette activité a nécessité la mise en place d'une structure de gouvernance pour la réalisation de ce projet. Un défi immense a été relevé par les équipes des Services techniques et des Ressources informationnelles, sans oublier la Direction des ressources financières, la Direction logistique et la DRHCAJ.

Plus de 150 personnes ont été touchées par ce regroupement physique, soit la Direction adjointe des opérations financières, en juin et en septembre 2016, la dernière phase regroupait la Direction adjointe planification et performance financière.

Cette étape, qui représentait un préalable à la définition des rôles et responsabilités de chacun est l'un des ob-

jectifs de la Direction. Elle permet maintenant de mieux organiser les activités pour le CIUSSS.

### Processus de suivi financier

Les défis majeurs de la DRF en 2016-2017 ont été d'établir un suivi budgétaire rigoureux incluant des cibles d'optimisation de 26,3 M\$, soit 2,3 % du budget de fonctionnement de 1 113 M\$.

Le comité de budget s'est réuni aux deux périodes financières, permettant ainsi de discuter et de suivre les mesures d'optimisation regroupées sous neuf thèmes, et de trouver des solutions alternatives au respect de l'équilibre budgétaire.

Puisque nous sommes conscients que l'optimisation financière n'est pas le seul levier pour la proposition des projets et des mesures identifiées, il a été convenu en cours d'année que la salle de pilotage serait mise à contribution. Les rencontres budget ont migré graduellement vers l'animation de la salle de pilotage qui est un lieu de rencontre et d'échanges où les acteurs de l'organisation analysent la performance et envisagent des pistes d'amélioration. C'est également un outil d'enlignement, de priorisation et de concertation pour l'établissement, mais également une base pour assurer une communication bidirectionnelle cohérente.

Conséquemment, afin d'assurer une cohérence avec le déploiement de la salle de pilotage de l'établissement, les neuf thèmes ont été regroupés sous un seul A3 objectif, sous le titre : « Améliorer l'efficacité des services et des soins offerts ».

Les principaux enjeux sont de faire ressortir les mesures qui ne respectent pas la cible d'efficacité et de permettre la mise en place d'actions nécessaires à leur réalisation, d'assurer une cohérence dans les outils de suivi des redditions de comptes et d'obtenir les données pour effectuer le suivi des indicateurs d'accès et de qualité, en plus de données d'efficacité.

### Les mécanismes de coordination et les équipes

Un comité de gestion élargi a été mis en place au cours de l'année afin de contribuer à la performance de la Direction. Ce comité est composé de tous les gestionnaires de la Direction et a comme objectif de concerter les activités de chacun des secteurs. Il permet de revoir les étapes et les échéanciers des projets de la Direction.

Les équipes ont vécu beaucoup de changements au cours des deux dernières années, l'intensité du rythme de travail s'est imposée et s'est ajoutée aux enjeux de gestion des équipes. L'implantation des systèmes GRF-GRM s'est additionnée aux changements majeurs apportés par le réseau de la santé et des services sociaux, aux travaux de fin d'année financière ainsi qu'à

l'élaboration du budget 2017-2018. Malgré tout, les employés de la Direction des ressources financières ont su relever ce défi et maintenir le soutien et le service à la clientèle à tous les usagers de l'établissement.

### Les nouveaux enjeux et priorités de la Direction des ressources financières

La DRF est consciente des enjeux liés à l'essoufflement de ses ressources humaines, ce thème deviendra assurément l'un des objectifs de la prochaine année.

L'appropriation du système financier et l'harmonisation des processus représentent des défis et constituent une part de la solution vers un rythme de travail adéquat pour la prochaine année. Après deux années de mise en place et de construction, les outils sont maintenant disponibles pour mieux fonctionner. La DRF est prête à bâtir une direction performante.

### 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

#### Service de formation et gestion des talents

- Au cours de la dernière année, un premier plan de développement des compétences a été déployé au sein du CIUSSS-EMTL. Ce plan visait à :
  - Organiser la répartition et les modes de gestion des budgets de formation dans un mode de fonctionnement intégré CIUSSS-EMTL.
  - Impliquer de façon importante nos partenaires et experts de contenu des autres directions, telles que les directions des Soins infirmiers, des Services multidisciplinaires et des Services professionnels.
  - Développer un catalogue des formations disponibles afin d'aider à la planification des formations.
  - Mettre en place une méthodologie de diffusion de formations multisites, avec la création d'équipes de formateurs CIUSSS, en particulier pour les formations OMEGA (sécurité en situations d'agressivité), ALPHA (réactions salutaires en situations d'agressivité), soins de fin de vie, évaluation clinique, etc.
  - Les équipes ont assuré le déploiement des formations obligatoires de niveau 1 requises par le MSSS, un objectif atteint dans un contexte de manque de disponibilité des ressources humaines en raison des exigences du service et des mouvements nécessités par la réorganisation.

Afin d'atteindre cet objectif, une révision des mécanismes de gestion interne a été effectuée avec notamment l'assignation de porteurs de dossiers de

formation par sujet, et ce, afin d'assurer un meilleur service à la clientèle et une gestion plus efficace des activités de formation.

Les pratiques ont été adaptées afin de pouvoir assurer une reddition de comptes en temps réel, permettant un suivi plus précis des cibles de formation et la qualité de l'accompagnement auprès des clients internes.

Par ailleurs, un accueil organisationnel centralisé d'une demi-journée a été mis en place, avec une harmonisation des messages.

#### **Service de développement organisationnel et service aux cadres**

- Une vaste démarche d'identification des valeurs organisationnelles a été organisée par les équipes. Cette démarche de grande envergure a sollicité la participation de plus de 3 500 personnes de tous les secteurs du CIUSSS-EMTL. Cette démarche, en cinq phases, a permis d'identifier les valeurs les plus importantes pour le personnel, de les synthétiser en grandes catégories, de mieux les définir en comportements, de les communiquer et finalement de les animer auprès du personnel.
- La procédure de gestion des situations conflictuelles et de traitement des plaintes d'harcèlement et de violence a été mise en œuvre. Des activités de soutien en prévention ont été réalisées afin de diminuer l'incidence de plaintes pour harcèlement et violence.
- Des activités de reconnaissance à portée CIUSSS ont été organisées, valorisant la contribution du personnel, la fidélisation ainsi que le sentiment d'appartenance.

#### **Service de l'enseignement autre qu'universitaire**

- Un logiciel intégré de gestion des stages autres qu'universitaires a été développé. Il fera bientôt l'objet d'un projet pilote afin de le déployer dans d'autres organisations du réseau. Ce logiciel permet une meilleure gestion des inscriptions et un suivi continu des stagiaires au sein de notre organisation.

#### **Services de dotation interne et externe**

- Les équipes ont accompagné plusieurs directions (Jeunesse, Soutien à l'autonomie des personnes âgées, Soins infirmiers, Services professionnels) dans leur processus de réorganisation administrative en favorisant une gestion innovante de la main-d'œuvre, axée sur l'autosuffisance. Ainsi, malgré une demande toujours croissante, les équipes des différentes directions ont été habiletées pour s'organiser autour de structures permettant une meilleure disponibilité, une

plus grande flexibilité de la main-d'œuvre et ainsi assurer la présence requise auprès de la clientèle.

#### **Les principales activités de l'équipe de la Direction adjointe des relations de travail et des conditions d'exercices**

- **Centralisation des équipes**  
Dans un objectif d'assurer l'harmonisation des processus et pratiques en ressources humaines et un meilleur suivi auprès des directions partenaires, la centralisation des équipes de quatre services de la Direction adjointe a été effectuée au cours de la dernière année. Ces quatre services touchent environ 130 personnes.
- **Numérisation des dossiers d'employés**  
La création du CIUSSS a contraint la Direction adjointe à revoir ses pratiques en matière de gestion des ressources humaines. Avec plus de 15 000 dossiers d'employés en gestion multisites, il a été décidé de numériser l'ensemble des dossiers administratifs des employés. En plus d'améliorer l'efficacité en matière de gestion des ressources humaines, d'économiser de l'espace d'entreposage, cette opération permettra d'avoir un accès contrôlé aux différents dossiers, et ce, conformément aux normes des auditeurs et de l'agrément. Au 31 mars 2017, 50 % des dossiers du personnel ont été numérisés.
- **Guichet Web**  
La mise en place d'un guichet Web a été déployée en septembre 2016, permettant ainsi à près de 10 000 employés, à partir d'une connexion Internet, de pouvoir consulter et effectuer des modifications (téléphone, adresse), de postuler à des postes, d'inscrire leurs vacances, de consulter leur horaire en tout temps, de valider leur feuille de temps, d'imprimer les relevés fiscaux. Ce dossier est en cours de finalisation afin qu'en 2017-2018, l'ensemble des 15 000 employés ait accès à ce guichet.

#### **Les principales activités de l'équipe de la Direction adjointe des communications et des affaires juridiques**

- **Se créer par la transformation**  
Totalemment en phase avec la construction et la définition du CIUSSS-EMTL, le Service des communications internes et des projets organisationnels a mis à profit toute son expertise et son soutien aux directions afin de les accompagner dans leurs projets de réorganisation et d'harmonisation de leur offre de services, en réponse aux réels besoins de la population desservie. À ce chapitre, plusieurs initiatives et campagnes de communication ont été mises de l'avant afin de mobiliser le personnel et faciliter les étapes de transition. Le rôle des communications organisationnelles s'est également affirmé par des campagnes majeures pour

des projets prioritaires d'envergure et transversaux, tels que la démarche d'Agrément Canada ou la prévention du suicide.

- **Créer la culture CIUSSS**

La Direction adjointe des communications internes et des affaires juridiques a accompagné la Direction générale dans l'organisation et la structuration de la démarche d'identification des valeurs et des engagements organisationnels. Cette démarche vise à faire émerger et à préciser les éléments fondateurs du CIUSSS, à créer du sens et de la cohérence dans les décisions organisationnelles et, enfin, à faire cheminer les gestionnaires, le personnel et les médecins vers cette nouvelle culture organisationnelle.

- **Vers la création d'un nouveau site Web**

Au cours de la dernière année, l'équipe des communications a travaillé à la mise en place d'un nouveau site Web qui aura pour objectifs principaux de répondre aux besoins de la population en termes d'information sur les services offerts à la population, et ce, de la première à la troisième ligne.

Pour ce faire, la population a été consultée dans le cadre de groupes de discussion et a été invitée à participer à des « tris de cartes » par l'entremise des médias numériques du CIUSSS-EMTL. Cela a permis, entre autres, de récolter des données sur les habitudes de navigation et de consommation de la population selon les différents groupes d'âge.

- **Tournée du président-directeur général auprès des partenaires**

Dans le cadre d'une démarche favorisant le partenariat avec les acteurs du milieu, le Service des communications corporatives et des relations avec le réseau a coordonné une tournée des partenaires qui visait à présenter l'offre de services et à unir les forces des différents milieux au bénéfice de la population.

Au cours de la dernière année, monsieur Yvan Gendron, président-directeur général, accompagné de directeurs du CIUSSS, a participé à une tournée des partenaires lors de laquelle près de 30 partenaires socio-économiques, institutionnels et politiques ont été rencontrés. Fort appréciée, cette tournée a permis de créer des liens solides et des canaux de communication fluides avec les partenaires du territoire.

- **Le CIUSSS dans les médias**

Au cours de la dernière année, la Direction adjointe des communications internes et des affaires juridiques a assuré un rayonnement substantiel des différentes composantes du CIUSSS, tant en ce qui concerne le secteur clinique que la recherche. Au bas mot, les réalisations du CIUSSS et de ses acteurs ont généré

685 apparitions médias, dont 92 % étaient à connotation positive. À savoir également que 37 % de ces apparitions découlent d'une proposition de la part du CIUSSS-EMTL (découverte, annonce publique, etc.) et 45 % d'une demande d'un média à l'égard de l'expertise des équipes du CIUSSS. Ces articles et reportages ont rayonné dans les plus grandes publications et médias d'expression française (Radio-Canada, TVA, La Presse, Le Devoir, le Journal de Montréal), mais aussi anglaise (CTV, Global, The Gazette).

Parmi les sujets qui ont fait l'objet de reportages et d'articles dans les médias de premier ordre, on peut citer les avancées en recherche des scientifiques du CIUSSS-EMTL, particulièrement les activités du Centre d'excellence en thérapie cellulaire en oncologie, mais aussi en ophtalmologie. Également, notons le rayonnement de l'expertise des équipes de recherche qui travaillent sur le stress, l'intimidation, les troubles anxieux, la schizophrénie et le stress post-traumatique. Du côté clinique, des distinctions comme, entre autres, l'attribution du Grand prix Transplant Québec 2016 à l'infirmière-pivot Claude Proulx, ont aussi généré une couverture inspirante.

L'engagement et le professionnalisme du personnel de la Direction adjointe auprès de la clientèle a également été mis en vedette grâce au travail des relations médias, par exemple par le biais de portraits dans les médias (préposé aux bénéficiaires en CHSLD, équipe de suivi à domicile santé mentale et personnes âgées, ergothérapeute auprès des personnes en fauteuil roulant, travailleur social en déficience intellectuelle, équipe des services jeunesse, etc.).

## **Affaires juridiques**

### ***Faits saillants***

Voici les faits saillants des Affaires juridiques pour l'exercice financier qui a pris fin le 31 mars 2017 :

- L'engagement aux Affaires juridiques de deux nouvelles avocates dont l'une soutient principalement le Centre de recherche et les chercheurs dans leurs activités – rédaction et révision des contrats de recherche, négociations en lien avec ces contrats, etc., et l'autre traite, quant à elle, tout ce qui touche directement ou indirectement un litige civil et commercial.
- L'exercice financier a vu une intensification du rôle des Affaires juridiques auprès des différentes installations du CIUSSS et plus particulièrement de l'Hôpital Santa Cabrini, mais aussi des CHSLD, aux prises avec des situations parfois complexes et pour lesquelles l'assistance et les conseils de notre contentieux peuvent être d'un grand secours.

- Les Affaires juridiques ont pris une part active à l'organisation d'activités de formation ayant un caractère préventif; un personnel informé de ses devoirs et responsabilités ayant de meilleures chances d'agir conformément aux règles de l'art dans son champ d'activités. À plusieurs reprises, une avocate du contentieux a participé à titre de formatrice, notamment en ce qui a trait à la *Loi concernant les soins de fin de vie*, aux aspects légaux et éthiques du consentement aux soins médicaux, aux mécanismes d'évaluation de l'aptitude à consentir, aux règles entourant les procédures judiciaires à l'autorisation de soins/hébergement, et ce, auprès de diverses clientèles, médecins, personnel infirmier, travailleuses et travailleurs sociaux, psychologues, ergothérapeutes.

### Direction des ressources informationnelles (DRI)

#### Les principales réalisations de l'équipe des ressources informationnelles

- Mise en place d'un service dédié à l'informatisation clinique pour mettre davantage l'accent sur les projets stratégiques d'informatisation du ministre, le soutien des systèmes d'information clinique et l'intégration des solutions technologiques au service des intervenants et des patients.
- Déploiement du dossier médical électronique (DME) Myle, avec un accès au Dossier santé Québec (DSQ), dans les GMF-UMF de Maisonneuve-Rosemont et à Mercier-Est Anjou pour 97 utilisateurs dont 27 médecins.
- Modernisation du réseau local de télécommunication d'HMR réalisé à 50 %. Un déploiement de 11 km de fibre optique et la rénovation de la majorité des salles de télécommunications du pavillon Maisonneuve ont été réalisés.
- Révision des heures d'ouverture du centre de services informatiques, soit de 7 h à 17 h, du lundi au vendredi.

### Direction des services techniques

#### Les principales réalisations des équipes de la Direction adjointe – bâtiments, entretien et fonctionnement

- Le centre d'appels d'urgences (CDA) a été créé afin de fournir à tous les employés du CIUSSS-EMTL un numéro unique pour signaler toute urgence, quelle qu'en soit la nature (technique, informatique, téléphonique, équipement biomédical, etc.), 24 heures par jour et 7 jours par semaine.

L'implantation de la valise de garde électronique a permis aux agents du CDA d'avoir accès rapidement à une panoplie d'information leur permettant non seule-

ment de répartir les appels au bon service, mais aussi de prendre certaines situations en charge eux-mêmes, évitant ainsi des retards en cas d'urgence.

- L'harmonisation du logiciel de gestion de maintenance assistée par ordinateur (GMAO) a nécessité l'énorme tâche de transférer les bases de données de toutes les installations du CIUSSS-EMTL vers le logiciel de GMAO Intéral, lancé dès la création du CIUSSS. En 2016-2017, son implantation a été terminée au CHS-LD Polonais Marie-Curie-Sklodowska qui, avant la fusion, n'avait aucun logiciel GMAO.

De plus, le module Web du logiciel Intéral a été déployé dans toutes les installations de l'ancien CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel, permettant aux ouvriers d'ouvrir, de fermer et de récupérer leurs bons de travail sans avoir à retourner à leurs bureaux ou ateliers, pour plus d'efficacité.

Enfin, la conversion de la base de données de l'ancien logiciel utilisé Sam-FM vers Intéral a été complétée à l'HSC, et l'implantation des nouvelles procédures est amorcée.

- Les équipes ont participé activement aux travaux d'entretien majeurs effectués dans cette période et au soutien aux déménagements.

Le parc immobilier du CIUSSS-EMTL est composé de bâtiments très vétustes, avec des systèmes électromécaniques ayant pour la plupart dépassé leur durée de vie utile. Cette situation amène nos équipes d'entretien et fonctionnement des installations à faire trop souvent face à des urgences qui ont un impact direct sur les services à la clientèle.

En 2016-2017, plus de 4M\$ ont été investis dans l'entretien et la réparation de ces systèmes à l'HMR et L'HSC:

- Des travaux importants de mise aux normes ont eu lieu dans les roulottes du service de la dialyse à l'HMR.
- Des travaux importants d'entretien, incluant le remplacement de composantes majeures des systèmes de ventilation et de climatisation, ont été effectués dans les deux centres hospitaliers.
- Des travaux importants d'entretien, incluant le remplacement de composantes majeures du réseau d'infrastructure électrique, comprenant les groupes électrogènes, ont été effectués dans les deux centres hospitaliers.
- Les équipes du service des installations matérielles ont été mobilisées afin de soutenir les multiples déménagements qui ont eu lieu durant l'année au sein du CIUSSS. Leur soutien, tant au niveau de la planification des travaux d'aménagements



à effectuer, qu'au niveau de l'actualisation des déménagements eux-mêmes, a été une condition essentielle au succès de ceux-ci.

#### **Les nouveaux enjeux et priorités de la Direction adjointe – bâtiments, entretien et fonctionnement**

- L'implantation du logiciel de GMAO demeure une priorité pour la Direction adjointe en 2017-2018. L'intégration vers un GMAO unique dans le CIUSSS apporte plusieurs avantages, incluant la standardisation des processus de gestion des requêtes ainsi que des indicateurs de performance, pour ne nommer que ceux-ci.
- La vétusté des installations est un enjeu critique pour les équipes d'entretien et fonctionnement. Le programme d'entretien préventif doit être poursuivi et amélioré, malgré les restrictions budgétaires, afin de diminuer le nombre de bris connus en 2016-2017. La gestion de proximité doit se poursuivre également, afin de maintenir et même d'améliorer la qualité des interventions d'entretien sur le terrain.
- Avec la visite d'Agrément Canada, prévue en décembre 2017, l'adoption du Plan intégré de mesures d'urgences et de sécurité civile est essentielle. L'adoption de ce plan permettra de mettre en place la structure des comités nécessaire à la mise à jour des plans d'intervention et de continuité des services. De plus, plusieurs gestionnaires de la Direction adjointe sont actifs dans les équipes d'amélioration continue.
- Le développement durable est aussi au cœur des actions de la Direction adjointe. En plus des projets de verdissement, les équipes vont se concentrer sur le volet de l'efficacité énergétique. Des avenues sont explorées présentement pour permettre un suivi rigoureux des projets d'économie d'énergie et pour l'implantation de nouveaux projets.
- Finalement, la Direction adjointe fait face à un grave problème de relève des cadres, avec huit des 20 cadres éligibles à la retraite d'ici trois ans. Une réflexion pour la production de plans de relève individuels est déjà en cours, en collaboration avec la Direction des ressources humaines.

#### **Les principales modifications apportées dans les services offerts**

- Une équipe de gestion spécialisée dans le soutien du bureau technique à l'HMR a été constituée afin de réduire les délais de réponse aux divers besoins émanant du bureau de gestion des projets d'immobilisations.

- Les gestionnaires de la coordination du service de la sécurité et de plan de mesures d'urgence (PMU) ont été répartis afin de permettre une meilleure utilisation de leurs compétences. Au lieu de quatre gestionnaires ayant des responsabilités en sécurité et en plan de mesures d'urgence et de sécurité civile (PMUSC), dorénavant deux se consacrent à la gestion du service de la sécurité et la prévention incendie et deux aux plans de mesures d'urgence et la sécurité civile.

#### **Les principales réalisations des équipes de la Direction adjointe des projets immobiliers**

- La planification et l'actualisation du regroupement des services administratifs des anciens établissements ont été les temps forts de l'année écoulée. Plus de 400 personnes provenant de plus de 20 installations ont été regroupées dans des locaux réaménagés à l'IUSMM et au Centre d'hébergement J.-Henri Charbonneau.
- Le génie bio-médical (GBM) a entrepris un exercice d'envergure afin de regrouper les contrats de service pour les équipements médicaux et ainsi de dégager des économies. Parmi les grands projets, sont inclus l'installation d'un nouvel appareil d'imagerie en résonance magnétique (IRM), le PACS (*picture archiving and communication system*) ophtalmique, ainsi que l'installation de l'ensemble des équipements dans la nouvelle clinique d'optométrie. L'équipe de techniciens a réalisé plus de 7 819 réparations et 2 192 entretiens préventifs sur les équipements médicaux au cours de la dernière année. S'ajoutent à ceux-ci les entretiens préventifs réalisés par les fournisseurs.
- Le bureau technique a pour sa part œuvré à la planification et la réalisation de plus de 150 projets et études, ainsi qu'à la planification triennale des analyses de risques et à la priorisation. Son équipe a élaboré un tableau de bord des projets et réalisé le suivi de ceux-ci.

Elle s'est occupée également du déménagement et de la relocalisation des services administratifs et de l'inspection technique des immeubles.

#### **Les nouveaux enjeux et priorités de la Direction adjointe des projets immobiliers**

- L'état actuel et futur des locaux en CLSC fait l'objet d'une planification avec la vision clinique qui prévaut désormais sur l'utilisation des espaces. Ces travaux se traduiront certainement par la relocalisation de ressources en fonction des répartitions géographiques identifiées, pour mieux répondre aux besoins de la clientèle.



- Il faut tenir compte d'un enjeu touchant la rareté de la main-d'œuvre qualifiée et intéressée par la perspective de venir se joindre aux équipes. Plusieurs départs à la retraite sont prévus et la relève doit être planifiée.

### Direction de l'enseignement universitaire (DEU)

#### Les principales réalisations de la Direction de l'enseignement universitaire

- **Plus de 8 297 stages réalisés en 2016-2017 au sein du CIUSSS-EMTL**

La gestion des stages est sous la responsabilité de deux directions : les stages des futurs médecins et des autres disciplines universitaires sont sous la responsabilité de la DEU, alors que les stages des niveaux collégial et secondaire sont sous la responsabilité de la Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques (DRHCAJ). En additionnant tous les types de stages tant cliniques que non cliniques, 8 297 ont été réalisés en 2016-2017, soit 947,36 postes équivalents temps complet.

- **La clinique d'ophtalmologie générale a ouvert ses portes le 23 janvier 2017**

En collaboration avec le Département d'ophtalmologie, la DEU a coordonné l'implantation de la clinique d'ophtalmologie générale. Ouverte depuis le 23 janvier 2017, cette unité d'enseignement en soins oculaires et visuels se veut une réponse aux besoins de formation des étudiants en optométrie et des résidents de médecine familiale. Ces futurs professionnels sont appelés à assurer les services de première ligne pour l'examen visuel, le dépistage et la prise en charge de pathologies de l'œil. En offrant à ces étudiants une opportunité de stage clinique à l'HMR, le CIUSSS leur permet de bénéficier d'une exposition riche et variée, d'une qualité d'enseignement exceptionnelle de la part des ophtalmologistes et d'une expérience de collaboration interprofessionnelle. Cette clinique accueillera aussi des externes de médecine, ce qui élargira l'expérience de collaboration et d'enseignement. Il s'agit d'un projet novateur qui améliorera l'accès aux soins de la vision de première ligne pour

la population de l'Est de Montréal, notamment les personnes âgées. Par année, 9 600 patients sur nos listes d'attente pourront être traités. De plus, les étudiants de l'École d'optométrie seront maintenant supervisés par des ophtalmologistes en milieu hospitalier, une première au Canada. Ainsi, ils pourront interagir avec des médecins en formation. L'engagement du CIUSSS-EMTL, et plus particulièrement de l'HMR dans ce projet d'enseignement, vient confirmer son dynamisme, sa capacité d'innovation et la pertinence de la désignation récente de Centre universitaire d'ophtalmologie.

- **L'accès à *UpToDate anywhere* a été donné à toutes les installations du CIUSSS**

*UpToDate* est une banque de données spécialisée en médecine basée sur les données probantes (EBM ou *Evidence-Based Medicine*) et révisée par les pairs. C'est un outil d'aide à la prise de décision clinique qui est utilisé par des milliers de professionnels de la santé à travers le monde. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, dans un souci d'améliorer la qualité des soins offerts à la population, l'outil clinique *UpToDate anywhere* est disponible dans toutes les installations du CIUSSS-EMTL. Grâce à un financement de la DSP et de la DEU, les médecins, pharmaciens, médecins-résidents et infirmières praticiennes spécialisées de l'établissement y ont accès sur place et à distance, et ce, pour les quatre prochaines années.

- **Le grand volume de stages réalisés en 2016-2017**

Les stages en médecine sont réalisés dans les trois centres hospitaliers, soit l'HMR, l'IUSMM et l'HSC. En 2016-2017, 2 851 stages de médecine ont été réalisés, ce qui représente près de 275 postes équivalents temps complet. Pour une deuxième année, 32 externes de médecine, dont le cursus de formation est en mode centralisé, ont été accueillis à l'HMR.

En ce qui a trait aux infrastructures, depuis la construction de la nouvelle urgence, le service de l'enseignement médical compte maintenant trois nouvelles salles d'enseignement destinées aux résidents et externes en médecine.

Tableau 6

STAGES EN MÉDECINE – CIUSSS EMTL 2016-2017								
STAGE	HMR		IUSMM		HSC		TOTAL	
	Nombre de stages	ETC	Nombre de stages	ETC	Nombre de stages	ETC	Nombre de stages	ETC
Étudiants	123	5,67	0	0	64	2,95	187	8,62
Externes	863	68,33	56	11,71	65	4,15	984	84,19
Résidents	1605	164,92	37	14,31	38	3,00	1 680	182,23
<b>TOTAL</b>	<b>2591</b>	<b>238,92</b>	<b>93</b>	<b>26,02</b>	<b>167</b>	<b>10,10</b>	<b>2 851</b>	<b>275,04</b>

Source : Direction de l'enseignement universitaire

Au cours de l'année écoulée, l'Université de Montréal a implanté sa nouvelle plateforme de gestion des stages en médecine. Le module gestion des évaluations permet au superviseur d'évaluer en ligne les différents stagiaires sous sa responsabilité. Le prochain module à voir le jour portera sur les capacités ainsi que sur les grilles de stages. Le module devrait débiter à l'automne 2017.

Comme le montre les tableaux 7 et 8, les deux centres de recherche du CIUSSS-EMTL ont accueilli de nombreux stagiaires en 2016-2017.

En 2016-2017, 4980 stages autres qu'en médecine et recherche ont été réalisés dans le CIUSSS, ce qui représente près de 300 postes 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.

- Une riche offre de formation continue  
Dans le but de partager les savoirs et l'expertise développés dans les installations, cette année encore, l'HMR et l'IUSMM ont offert un riche programme de

**Tableau 7**

ESTIMATION DES STAGES EN RECHERCHE – CIUSSS EMTL 2016-2017						
STAGE	HMR		IUSMM		TOTAL	
	Nombre de stages	ETC	Nombre de stages	ETC	Nombre de stages	ETC
B. Sc.	47	12,54	32	7,19	79	19,73
M. Sc.	44	29,94	113	110,40	157	140,34
Ph. D.	55	47,75	135	132,33	190	180,08
Postdoc.	24	16,72	16	14,64	40	31,36
<b>TOTAL</b>	<b>170</b>	<b>106,95</b>	<b>296</b>	<b>264,56</b>	<b>466</b>	<b>371,51</b>

Source : Direction de l'enseignement universitaire

**Tableau 8**

ESTIMATION DES STAGES EXCLUANT LA MÉDECINE ET LA RECHERCHE – CIUSSS EMTL 2016-2017						
DIRECTION	Niveau universitaire		Niveaux collégial et secondaire		TOTAL	
	Nombre de stages	ETC	Nombre de stages	ETC	Nombre de stages	ETC
Direction générale	66	0,46	-	-	66	0,46
DI-TSA et DP	5	0,39	-	-	5	0,39
Jeunesse	112	7,74	230	6,14	342	13,88
SAPA	120	6,71	1 004	51,55	1 124	58,26
Santé mentale et dépendance	135	14,44	429	24,07	564	38,51
Soins infirmiers	141	5,99	1 867	114,71	2 008	120,70
Services professionnelles	182	15,22	383	36,75	565	51,97
Services multidisciplinaires	98	7,45	136	3,32	234	10,77
Enseignement universitaire	1	0,13	1	0,08	2	0,21
Qualité, évaluation, performance et éthique	-	-	1	0,06	1	0,06
Ressources humaines, communications et affaires juridiques	4	0,98	3	0,27	7	1,25
Ressources financières	1	0,24	-	-	1	0,24
Services techniques	27	2,29	30	1,38	57	3,67
Ressources informationnelles	1	0,13	2	0,19	3	0,32
Logistique	-	-	1	0,15	1	0,15
<b>TOTAL</b>	<b>893</b>	<b>62,16</b>	<b>4 087</b>	<b>238,67</b>	<b>4 980</b>	<b>300,84</b>

formation continue adressée aux médecins omnipraticiens et aux professionnels de la première ligne. Ces colloques, formations et conférences ont permis de rejoindre près de 1 440 participants en 2016-2017.

Les différents sujets traités et le volume de participants pour l'HMR sont consignés dans le tableau 9 ci-dessous. À noter que ces formations s'adressent aux omnipraticiens.

**Tableau 9**

<b>ACTIVITÉS DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE 2016-2017 – HMR</b>	
<b>SUJET</b>	<b>Nbre de participants</b>
Gériatrie	144
Maladie infectieuses	228
Urgences courantes au bureau	174
Hématologie	164
Psychiatrie	132
Rhumatologie	176
Dermatologie	191
<b>TOTAL</b>	<b>1 209</b>

Source : Direction de l'enseignement universitaire

- 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. Cette année, le programme a donné trois formations qui ont réuni 103 personnes. Deux formations sur mesure ont été développées pour répondre aux besoins d'organismes externes et ont réuni 57 participants. Enfin, deux conférences sur les savoirs et pratiques en développement ont su rejoindre les intérêts de 69 personnes. Les détails sont rapportés dans le tableau 10.
- Les ressources didactiques en pleine expansion  
Le Service des ressources didactiques regroupe l'audiovisuel et les centres de documentation de

l'HMR, de l'IUSMM et de l'HSC. Une des activités marquantes de l'année fut la réalisation des « bibliothèques vivantes ». En effet, du 21 au 23 mars 2017, les trois centres de documentation du CIUSSS-EMTL ont participé à l'événement « À livres ouverts », soutenu par l'Association québécoise de réadaptation psychosociale. Cette activité de sensibilisation à la santé mentale permet à des personnes (livres vivants) qui ont vécu ou qui vivent avec un problème de santé mentale, de partager leur message et de contribuer à combattre la stigmatisation. Plus de 150 personnes ont pu assister à cette activité offerte au grand public ainsi qu'au personnel du CIUSSS. Ce fut aussi une belle occasion de promouvoir les trois centres de documentation de l'établissement.

Il est important de souligner que la veille documentaire est un service en constante progression dans le CIUSSS. Elle traite de nombreux sujets et chaque année de nouveaux s'ajoutent. Cette veille est disponible sur inscription par courriel auprès des trois centres de documentation.

Au niveau des services audiovisuels, la DEU a pu répertorier et prendre en charge toutes les salles d'enseignement réparties à travers le CIUSSS. Diverses d'entre elles ont nécessité l'ajout de nouveaux matériels et équipements tels que des ordinateurs, des projecteurs, etc. Ce rehaussement se poursuivra en 2017-2018.

Les tableaux 11 et 12 à la page suivante présentent les principales réalisations en 2016-2017.

- Le développement du laboratoire multidisciplinaire de simulation de l'HSC  
En vue de soutenir le développement des activités du laboratoire multidisciplinaire de simulation, la DEU a recruté une experte en simulation qui partage son temps entre l'HMR et l'HSC. En collaboration avec deux médecins de l'hôpital, une formation a été créée

**Tableau 10**

<b>PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU</b>	
<b>Nombre de participants (présents, qui ont signé)</b>	<b>Titre</b>
25	Troubles du comportement et indices de troubles frontaux : analyse et interventions auprès d'adultes présentant une déficience intellectuelle et un trouble de l'autisme
53	Le traitement cognitivo-comportemental de l'état de stress post-traumatique (ÉSPT)
25	Méli-mélo de psychopharmacologie sans perdre la tête
<b>FORMATIONS EN SANTÉ MENTALE OFFERTES À L'EXTERNE</b>	
21	Introduction à la thérapie basée sur la mentalisation
36	Le trouble de la personnalité limite : comprendre pour mieux intervenir
<b>CONFÉRENCES SAVOIRS ET PRATIQUES EN DÉVELOPPEMENT</b>	
21	Le théâtre intégrateur : une dramaturge de développement personnel et collectif
48	La malnutrition : la définir, la dépister et la traiter
<b>TOTAL : 229 PARTICIPANTS</b>	

Source : Direction de l'enseignement universitaire

Tableau 11

SERVICES DES BIBLIOTHÈQUES ET CENTRES DE DOCUMENTATION – 2016-2017				
PRINCIPAUX SERVICES	HMR	IUSMM	HSC	TOTAL CIUSSS
Fréquentation (entrées)	28 545	1 581	3 967	34 093
Consultations sites Web et catalogues (sessions)	49 486	3 399	774 <sup>1</sup>	53 659
Consultations site Web CIUP (pages)	4 418	N/D	N/D	4 418
Prêts de documents	1 490	676	611	2 777
Prêts entre bibliothèques	1 134	1 613	1 322	4 069
Recherches documentaires et veilles	1 156	3 302	927	5 385
Aide à l'utilisateur et recherches manuelles	401	401	280	1 082
Édition de publications pour les patients	113	N/D	N/D	113
Formations	27	N/D	54	81

1. Catalogue à l'interne uniquement, pas de statistiques pour l'externe

Source : Direction de l'enseignement universitaire

Tableau 12

SERVICES DE L'AUDIOVISUEL – 2016-2017					
PRINCIPAUX SERVICES	HMR	IUSMM	HSC	AUTRES	TOTAL CIUSSS
Visioconférences	1 065	356	105	60	1 586
Livestream	N/D	9	N/D	N/D	9
Photos patients et transport adapté	438	103	N/D	N/D	541
Photos pour carte d'identité	2 517	23	N/D	N/D	2 540
Affiches et conceptions	696	0	0	0	696
Productions vidéo (nombre d'heures)	981 heures	150 heures	N/D	N/D	1 131 heures
Installations et photos d'événements	425 heures	85 heures	0	0	510 heures

Source : Direction de l'enseignement universitaire

en 2016-2017 pour le personnel de l'urgence, adaptée aux situations cliniques de trauma rencontrées dans la pratique quotidienne. Dix-huit personnes ont reçu cette formation : six inhalothérapeutes, trois infirmières, six médecins urgentologues, un *fellow* en médecine d'urgence, deux résidents en médecine d'urgence.

Un cours de traumatologie a été également créé pour les inhalothérapeutes. Trente-deux personnes ont manifesté leur intérêt pour cette formation. Certaines l'ont déjà reçue et d'autres assisteront aux séances prévues en avril et mai 2017.

Le laboratoire de simulation accueille également des formations de certification ou recertification en ACLS (*advanced cardiac life support*) pour le personnel du CIUSSS. Cette formation a débuté en février 2017 avec la formation d'une infirmière et d'une inhalothérapeute.

En conclusion, le laboratoire de simulation de l'HSC joue déjà un rôle important dans la formation du personnel, rôle qui est appelé à grandir auprès des professionnels de la santé, des médecins et éventuellement des étudiants de médecine.

#### Les nouveaux enjeux et les priorités de la Direction de l'enseignement universitaire

- Une des grandes priorités pour 2017-2018 est l'harmonisation du processus de gestion des stages au sein du CIUSSS. En collaboration avec la DRHCAJ, la DEU a déjà lancé cette démarche qui devrait aboutir au cours de 2017-2018. La Direction doit également identifier et mettre en œuvre des stratégies efficaces de recrutement et de valorisation des superviseurs de stages. La politique de l'enseignement en cours d'élaboration proposera les grands principes qui guideront nos actions.
- En ce qui concerne les ressources humaines, il sera nécessaire de réviser les tâches des agentes administratives des différents départements médicaux en fonction des nouvelles réalités du CIUSSS. L'uniformisation des outils de gestion s'avère primordiale pour harmoniser les pratiques dans les installations.
- Des travaux de rehaussement des infrastructures, dont la création de nouvelles salles d'enseignement, sont prévus pour la nouvelle année financière. Au niveau des ressources didactiques, il est notamment prévu de mettre en place un système commun de réservation des salles du CIUSSS et de rehausser le parc informatique.
- Malgré les incertitudes financières, la Direction espère pouvoir continuer à offrir le programme de bourses de formation complémentaire pour les médecins rési-

dents de l'HMR. En vue d'étendre ce programme aux deux autres hôpitaux du CIUSSS-EMTL, des pourparlers sont en cours avec les fondations respectives.

#### Les principales modifications apportées dans les services offerts

Au cours de cette année, la Direction a dû faire face à un manque de personnel dans trois de ses services. Il a été très difficile de pourvoir les nouveaux postes et ceux laissés vacants suite à un congé de maladie, de maternité ou de paternité.

#### 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).

Tableau 13

EFFECTIFS DU CENTRE DE RECHERCHE – IUSMM	
Chercheurs	20016-2017
Réguliers	44
Associés	31
<b>Total</b>	<b>75</b>
Étudiants	20016-2017
Étudiants	237
Fellow	10
Stagiaires	-
Postdoctorants	11
<b>Total</b>	<b>258</b>

EFFECTIFS DU CENTRE DE RECHERCHE – HMR	
Chercheurs	20016-2017
Réguliers	41
Associés	18
Cliniciens	101
<b>Total</b>	<b>160</b>
Étudiants	20016-2017
Fellow	4
Stagiaires postdoctoraux	24
3 <sup>e</sup> cycle	55
2 <sup>e</sup> cycle	44
<b>Total</b>	<b>127</b>

#### Les principales réalisations des équipes du CR-IUSMM

- Trois applications mobiles ont été développées et validées scientifiquement par nos chercheurs. Elles sont disponibles gratuitement sur Apple store depuis l'automne 2016.
  - **+Fort**: une application mobile personnalisée pour aider les jeunes victimes d'intimidation. Cette application, conçue par la chercheuse Isabelle Ouellet-Morin, permet de diminuer significativement les expériences d'intimidation.
  - **ISMART**: cette application, développée par le chercheur Pierrich Plusquellec, permet aux individus de mieux comprendre les mécanismes de réactivité au stress et d'apprendre à mieux en gérer les causes pour prévenir le stress chronique.
  - **PsyAssistance**: développée par le Dr Réal Labelle, cette application est un questionnaire d'humeur au quotidien et en période de crise. Il permet à l'utilisateur qui se sent déprimé d'accéder à un répertoire de ressources, de tenir un journal de l'humeur, d'effectuer des exercices pour améliorer son bien-être et d'établir un plan de sécurité en cas de crise.

- Lancement d'une cohorte contrôle dans le cadre de la Banque Signature  
Un projet mis en place par la Banque Signature vise à recueillir des données biologiques et psychosociales d'individus sans antécédents de troubles mentaux graves et de les comparer à celles de personnes psychiatriquées.
- Financement de projets « speed dating »  
Le CR-IUSMM a financé trois projets de 5000\$ chacun, qui sont issus d'une collaboration entre les cliniciens du CIUSSS-EMTL et les chercheurs de l'IUSMM.  
Les trois projets se déclinent comme suit:
  - *Retour au travail de personnes avec un trouble mental courant – Intervention clinique à l'aide de l'outil ORTESES* (Edith Lemay, programme santé mentale et dépendance et Marc Corbière, chercheur au Centre de recherche).
  - *Étude idiographique de la variabilité symptomatologique dans la schizophrénie pour un diagnostic individualisé* (Luigi De Benedictis, programme des premiers épisodes psychotiques et Pierre Orban, chercheur au Centre de recherche)
  - *Le suivi individuel en complément aux ateliers d'autogestion de groupe: une combinaison gagnante?* (Véronique Painchaud, équipe de première ligne en santé mentale adulte et Janie Houle, chercheure au Centre de recherche)

#### Les activités majeures réalisées dans chacun des axes de recherche

- Axe neurobiologie et cognition  
Le centre a recruté trois chercheurs:
  - Marie-France Marin, qui étudie le phénomène de transmission de la peur chez les enfants dont les parents souffrent d'un stress post-traumatique ou d'un trouble anxieux, et les interventions préventives auprès des enfants issus de familles à risque;
  - Pierre Orban, spécialiste en neuro-imagerie, qui s'intéresse aux mécanismes cérébraux dans la schizophrénie et à la façon de prédire le pronostic d'un traitement ou l'évolution de la maladie.
  - Karim Jerbi, spécialiste en neuro-imagerie cognitive, qui s'intéresse à la compréhension des mécanismes de connexions neuronales et à l'altération de ces connexions dans les troubles psychiatriques.

Stéphane Potvin, professeur sous octroi agrégé au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, a reçu une subvention (726 000\$) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pour un projet portant sur le lien entre consommation de cannabis et les états psychotiques chez les adolescents et l'impact de cette consommation sur les structures du cerveau. Il a également reçu une subvention du

Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie (125 000\$) pour étudier le rôle des cannabinoïdes dans la douleur.

Plus récemment, la chercheuse Marie-France Marin (professeure adjointe, Département de psychiatrie, Université de Montréal) a obtenu un financement de 274 469\$ de la part du Fonds canadien de l'innovation afin de mettre sur pied un laboratoire pour étudier les mécanismes impliqués dans l'apprentissage de la peur par observation chez les enfants.

Adrianna Mendrek, professeure titulaire à l'Université Bishop, a reçu le prix *Research & Creativity Award* de la part de l'Université Bishop en reconnaissance des travaux accomplis.

L'Université de Montréal a proposé le nom de Sonia Lupien, professeure titulaire au Département de psychiatrie de l'Université, pour l'obtention d'une chaire.

Pierrich Plusquellec, professeur titulaire à l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal, a publié un ouvrage collectif sur les troubles psychologiques expliqués par la théorie de l'évolution aux Éditions De Boeck.

Enfin, Marc Lavoie a tenu le symposium international *18<sup>th</sup> World Congress of Psychophysiology* à Cuba en septembre 2016.

Les chercheurs de l'axe dirigent ou codirigent actuellement 37 projets de recherche et ont publié ou copublié 50 publications à comité de lecture.

- Axe traitement et réadaptation adaptés aux populations  
Le centre a recruté quatre chercheurs:
  - Paquito Bernard, dont les travaux visent à étudier les effets de l'activité physique sur les personnes souffrant de troubles mentaux;
  - Marc Corbière, qui possède une expertise dans l'aide au retour et la réinsertion au travail de personnes aux prises avec un trouble mental ou d'autres problèmes de santé (ex. cancer du sein, trouble musculo-squelettique);
  - Steve Geoffrion, qui s'intéresse aux travailleurs du milieu de la santé aux prises avec des actes de violence, et aux impacts des traumatismes et de la violence sur le potentiel adaptatif des jeunes en difficulté;
  - Méлина Rivard, dont les travaux portent sur le diagnostic précoce et l'évaluation de l'intervention précoce auprès des enfants autistes ou avec une déficience intellectuelle.

Stéphane Guay, professeur titulaire à l'École de criminologie de l'Université de Montréal, a reçu une subvention des IRSC pour un projet visant à optimiser



l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale dans le traitement de l'état de stress post-traumatique.

Jean Proulx, professeur titulaire à l'École de criminologie de l'Université de Montréal, a obtenu une subvention de 300 000\$ de la part du Fonds de recherche du Québec – Société et culture. Ce projet, qui s'intitule «Traitement, adaptation psychosociale et récidive chez les agresseurs sexuels», porte sur l'utilisation de la réalité virtuelle pour évaluer les agresseurs sexuels, la récidive et la carrière criminelle des agresseurs sexuels et les processus thérapeutiques spécifiques aux adolescents agresseurs sexuels.

Le Conseil de recherche en sciences humaines a accordé une subvention de 257 907\$ pour appuyer le projet de recherche de Janie Houle, professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal. Son projet intitulé «Flash sur mon quartier: une recherche-action participative avec des personnes vivant dans des logements sociaux», a été classée au 1<sup>er</sup> rang parmi les 72 soumis.

La chercheuse Janie Houle a obtenu pour sa part une bourse Junior au concours chercheurs-boursiers du FRQ-S pour son projet portant sur les traitements visant à améliorer la santé mentale des populations vulnérables.

Un colloque scientifique et grand public a été organisé par cet axe sur le thème «De la stigmatisation au rétablissement», avec Patrick Corrigan, expert international en stigmatisation en lien avec les troubles mentaux.

Les chercheurs de l'axe dirigent ou codirigent actuellement 32 projets de recherche et ont publié ou copublié 25 publications au comité de lecture.

- Axe santé des populations et services

La Chaire de recherche en santé mentale et travail a été créée grâce au financement de la Fondation de l'Institut universitaire en santé mentale, en partenariat avec la Banque Nationale et Industrielle Alliance Groupe financier. Cette chaire, dotée d'un fonds de départ de 1,4 M\$, sera dirigée par Marc Corbière, professeur titulaire au Département d'éducation et pédagogie – Counseling de carrière de l'Université du Québec à Montréal. L'objectif de la création de cette chaire est de mettre au point un programme de retour au travail durable et en santé des employés d'une grande organisation (des secteurs privé et public), qui sont en absence maladie due à un trouble mental courant.

Mélanie Lavoie-Tremblay, professeure agrégée de l'École des sciences infirmières de l'Université McGill,

a obtenu une subvention de la Fondation Newton/ Université McGill pour le projet intitulé *The McGill Nursing Collaborative for Education and Innovation in Patient- and Family-Centered Care*.

Brigitte Vachon, professeure adjointe au Département du programme d'ergothérapie, de l'Université de Montréal, a reçu une subvention des IRSC en tant que co-chercheuse sur un projet portant sur la télé-réadaptation chez des patients victimes d'un accident vasculaire cérébral.

Deux séminaires de formation ont été organisés par la Communauté de pratique en épidémiologie psychosociale – Directrice: Aline Drapeau, professeure au Département de psychiatrie, Université de Montréal) (COPEP) sur les déterminants psychosociaux de la santé mentale et la santé mentale positive.

Les chercheurs de l'axe dirigent ou codirigent actuellement 26 projets de recherche et ont publié ou copublié 24 publications au comité de lecture.

#### Les nouveaux enjeux et priorités du CR-IUSMM

- Renouvellement de la subvention régulière du Centre de recherche de l'IUSMM par le Fonds de recherche du Québec-Santé.
- Développement de cinq nouveaux chantiers:
  - santé physique (en émergence);
  - jeunesse;
  - santé mentale en première ligne;
  - prévention;
  - violence et santé mentale.
- Nouvelles technologies: tisser des partenariats avec des entreprises privées afin de développer des technologies ou valider des technologies existantes.
- Développement de partenariats avec des programmes cliniques du CIUSSS-EMTL.
- Déploiement de la Chaire de recherche en santé mentale et travail au sein du CIUSSS-EMTL.
- Recrutement d'un épigénéticien.

#### Les principales réalisations du CR-HMR

- Distinction

Lors de son Gala reconnaissance 2017, le Palais des congrès de Montréal a honoré le D<sup>r</sup> Denis-Claude Roy du titre d'ambassadeur pour sa contribution au rayonnement international de la métropole. On soulignait; lors de cet événement, la participation de gens

à l'organisation d'événements d'envergure générant d'importantes retombées économiques et intellectuelles pour le Québec. En effet, l'édition 2018 du Congrès de l'*International Society for Cellular Therapy* (ISCT) se tiendra à Montréal en majeure partie grâce au travail du D<sup>r</sup> Roy. L'événement devrait attirer près de 2000 délégués et pourrait générer jusqu'à 5,2M\$ en retombées économiques.

- Recrutement de nouveaux chercheurs

Voulant toujours accroître la qualité et la diversité de ses expertises dans ses axes d'excellence, le Centre de recherche de l'HMR a procédé aux recrutements de trois nouveaux chercheurs au cours de l'année 2016-2017. Notons l'arrivée de la D<sup>re</sup> May Griffith, Ph.D., titulaire de la Chaire Caroline-Durand, affectée à l'unité de recherche en développement de matériaux biomimétiques pour la santé de la vision. Le D<sup>r</sup> Christos Boutopoulos, Ph.D., s'est joint également à la recherche en santé de la vision dans l'unité de recherche sur l'administration intra-oculaire de médicaments et l'ingénierie tissulaire. La D<sup>re</sup> Annie-Claire Nadeau Fredette, M.D., M.Sc., experte en médecine interne, se joint quant à elle à l'axe de recherche en néphrologie.

- Axe immunologie-oncologie

Santé Canada a approuvé un projet clinique mené par le D<sup>r</sup> Jean-Sébastien Delisle, M.D., Ph.D., pour une étude visant à traiter des lymphomes associés au virus d'Epstein-Barr (EBV) par le biais d'une immunothérapie adoptive cellulaire spécifique contre le virus. Le projet vise à redonner aux patients immuno-supprimés les moyens immunitaires de combattre le virus EBV. De plus, le périodique de l'Association américaine des immunologistes, le *Journal of immunology*, a classé un article du D<sup>r</sup> Delisle au sujet des mécanismes du système immunitaire parmi les 10% de leurs meilleures publications scientifiques. Les travaux du D<sup>r</sup> Delisle et de son équipe ont permis d'identifier le rôle du récepteur Neuropiline-1 et le phénomène de maturation des cellules dendritiques.

Une recherche biomédicale, menée conjointement par les groupes des D<sup>rs</sup> Frédérick Antoine Mallette, Ph.D., (Université de Montréal / Centre de recherche HMR), titulaire de la Chaire de recherche du Canada pour cette année, et Stéphane Richard, Ph.D., (Université McGill/Institut Lady Davis pour la recherche médicale), 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 joue un rôle de défense contre le cancer.

Une étude effectuée par la D<sup>re</sup> Sylvie Lesage, Ph.D., a révélé qu'un défaut génétique commun dans les

cellules bêta pourrait être à l'origine des deux formes courantes du diabète. Mieux comprendre le diabète est essentiel à l'élaboration de meilleurs traitements.

- Axe santé de la vision

Le D<sup>r</sup> Mike Sapiaha, Ph.D., a été lauréat du prix 2017 du jeune chercheur de l'Association canadienne des neurosciences. Les travaux qu'il dirige permettent de mieux comprendre les mécanismes qui sous-tendent la rétinopathie diabétique. Les découvertes du D<sup>r</sup> Sapiaha ont été à l'origine du démarrage de l'entreprise SemaThera qui se concentre sur l'inhibiteur de protéines SEMA 3A dans le traitement des maladies oculaires, comme l'œdème maculaire diabétique.

- Axe néphrologie

Les chercheurs en néphrologie ont publié ou participé à la publication de plusieurs articles scientifiques au cours de l'année. Notons entre autres une publication du D<sup>r</sup> Jean-Philippe LaFrance, M.D., M.Sc., au sujet des recherches sur une nouvelle drogue qui pourrait prévenir et traiter l'hyperkaliémie. Dans une autre publication, on peut lire que le D<sup>r</sup> Louis-Philippe Laurin, M.D., M.Sc., a quant à lui participé à des recherches dont les résultats mettent en évidence l'importance du diagnostic précoce et de l'administration de la thérapie immunosuppressive chez les patients atteints de glomérulosclérose segmentaire focale. De plus, une publication du D<sup>r</sup> Vincent Pichette, M.D., Ph.D., énonçait les résultats d'une étude qui démontrait que le calcitriol en dose égale est plus efficace que l'alfacalcidol dans la diminution du taux de PTH (parathormone) chez les patients chroniques en hémodialyse.

- Recherche clinique

Une entente de collaboration a été établie afin que l'HMR se joigne au Groupe McPeak-Sirois. Le Groupe McPeak-Sirois est un regroupement volontaire d'hôpitaux de recherche clinique, soutenu par une contribution privée de la famille McPeak-Sirois. La participation du Centre de recherche de l'HMR contribuera, grâce à l'équipe du D<sup>r</sup> Pierre Dubé, M.D., M.Sc., à la mission du consortium québécois d'améliorer les soins offerts aux patientes atteintes du cancer du sein.

## Santé publique

### Les principales réalisations des équipes de santé publique

- L'équipe territoriale a activement collaboré à l'élaboration du plan d'action régional intégré de santé publique 2016-2021. En étroite concertation avec les directions des programmes cliniques, des priorités d'intervention sur 30 déterminants de la santé ont été circonscrites pour prévenir les problèmes de santé évitables pour la population de l'Est de Montréal. Plusieurs portraits de données territoriales ont été produits (cancérologie, jeunesse, santé primaire, etc.), en collaboration avec la Direction régionale de santé publique et les directions internes afin de cerner spécifiquement les besoins des communautés de l'Est et à alimenter la réflexion sur l'offre de services.
- Avec la volonté d'unir leurs forces pour promouvoir la santé et les saines habitudes de vie, le CIUSSS-EMTL et la Régie des installations olympiques ont signé une entente unique au Québec afin de stimuler la participation de la population locale et des employés à un mode de vie actif.
- La programmation estivale des activités de promotion de la santé a permis d'entrer en contact avec des publics diversifiés et de leur offrir de l'information adaptée, durant les fêtes de quartier et les festivals de l'Esplanade sur la cuisine de rue, les sports extrêmes, de même que lors des Jeux du Québec.
- Le travail de soutien et de collaboration avec les principaux partenaires promoteurs du site d'injection supervisée (SIS) dans l'Est de Montréal s'est accéléré, menant à une planification concrète de l'offre de services pour réduire la mortalité associée à la consommation de drogues injectables et à la transmission d'infections transmises sexuellement et par le sang.
- Plusieurs activités de prévention et d'équité en santé ont permis de renforcer les liens de collaboration à l'échelle du CIUSSS pour les personnes vulnérables, telles que la campagne de vaccination antigrippale de proximité et les activités de prévention du suicide.
- La participation citoyenne a également fait l'objet de plusieurs actions concrètes, autant en soutien à l'intégration de l'expérience et du vécu d'usagers-partenaires dans les projets d'amélioration de l'offre de services (clinique Jeunesse), que dans les travaux du Conseil citoyen en santé de l'Est de Montréal.

Rassemblant des partenaires communautaires du développement social, des élus de proximité, des acteurs

de la vie des quartiers et de la santé, cinq groupes de travail du Conseil citoyen en santé de l'Est de Montréal travaillent au développement d'initiatives-pilotes visant à concentrer les efforts collectifs sur des solutions communes à des enjeux essentiels à la santé comme entre autres l'accès en transport, la salubrité du logement et la littératie.

### Activités relatives à la gestion des risques et de la qualité

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ (CVQ)	
Ghislaine Prata	présidente du comité, membre du conseil d'administration
Yvan Gendron	président-directeur général
Carl McCourt	membre du conseil d'administration désigné par le comité des usagers (depuis le 1 <sup>er</sup> septembre 2016)
Djamila Benabdelkader	membre du conseil d'administration, indépendante
Diane Desjardins	commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
Invités permanents	
Pierre Shedleur	président du conseil d'administration (depuis le 1 <sup>er</sup> septembre 2016)
Marlène Galdin	directrice de la qualité, évaluation, performance et éthique (depuis le 1 <sup>er</sup> décembre 2016)
Émilie Mercier	membre du conseil d'administration (depuis le 26 janvier 2017)
Sabina Sanzari	membre du conseil d'administration (depuis le 26 janvier 2017)

#### Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année

Les membres du CVQ ont porté une attention particulière à différents dossiers :

- harmonisation des règlements obligatoires tels que les règles de fonctionnement du comité de gestion des risques, les règles de fonctionnement du comité de révision, la procédure d'examen des plaintes;
- réception et analyse de différents dossiers liés à la qualité : comité de prévention des infections, comité de gestion des risques, comité des contrôles des mesures de contention, etc.;
- réception et analyse des recommandations des différentes instances portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services rendus (Coroner, Protecteur du citoyen, inspection professionnelle, visite d'appréciation du MSSS, etc.);

- suivi et analyse des données sur le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
- poursuite de la définition, de l'organisation et de l'actualisation des différentes modalités utilisées pour répondre au mandat du CVQ, par exemple : l'adoption du plan annuel 2016-2017, réflexion sur le tableau de bord, etc.

#### Bilan des activités

Le comité a tenu six rencontres au cours de l'année avec un taux de participation des membres de 86 %.

Voici les sujets :

**Tableau 14**

SUJET	7 avril 2016	26 mai 2016	1 <sup>er</sup> sept. 2016	13 oct. 2016	1 <sup>er</sup> déc. 2016	26 janv. 2017
Suivis, divers dossiers et recommandations	X	X	X	X	X	X
Appréciation du fonctionnement du régime d'examen des plaintes	X		X	X		X
Bureau de l'évaluation de l'expérience patient : résultats et suivis		X	X		X	
Visites d'agrément: préparation, résultats et suivis	X	X			X	X
Gestion des risques : résultats et suivis	X		X	X	X	X
Coroner – avis et règlements : résultats et suivis	X		X		X	
Inspection professionnelle : résultats et suivis	X			X		X
Prévention et contrôle des infections : résultats et suivis	X	X	X		X	
Curateur public : résultats et suivis				X		
Protecteur du citoyen : résultats et suivis	X	X		X		
Soins de fin de vie		X			X	
Visites d'appréciation de la qualité des services : résultats et suivis	X		X	X		X
Bilan biennuel – Liste d'attente en chirurgie				X	X	
Entente de gestion imputabilité (EGI)	X	X			X	
Suivi des comités contribuant au maintien et à l'amélioration de la qualité des soins et des services (CUCI, CMDP, CII, CM, CGR, CÉC, CÉR)		X	(CER)			
Qualité des services des laboratoires : résultats et suivis		X	X			
Rapport du comité d'évaluation de l'application du protocole isolement et contention (CEAPIC). Protocole d'application des mesures de contrôle des personnes, en tenant compte des orientations et du plan d'action ministériels.		X				X
Rapport annuel de la commissaire à la qualité et aux plaintes		X				
Rapport annuel du médecin examinateur		X				
Plan de travail	X		X			

Dossiers complémentaires :

- Analyse des risques reliés aux bâtiments.
- Suivi des projets d'amélioration reliés aux plaintes des usagers (oncologie, ophtalmologie, gastroentérologie).
- Indicateurs de suivi reliés à l'hébergement de la Direction SAPA.
- Révision de la politique d'évaluation des comités du C.A.
- Tableau de bord du CVQ.

Nombre d'avis et de recommandations envoyés au conseil d'administration : 20

**Tableau 15**

	7 avril 2016	26 mai 2016	1 <sup>er</sup> sept. 2016	13 oct. 2016	1 <sup>er</sup> déc. 2016	26 janv. 2017
Nombre d'avis ou recommandations envoyés au C.A.	0	9	3	2	5	1

#### Avis ou recommandations 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. Durant l'année 2016-2017, le CVQ a émis au C.A. 20 avis ou recommandations. Les recommandations suivantes ont été adoptées par le C.A. :

- le Règlement du fonctionnement du comité de gestion des risques;
- le Règlement du fonctionnement du comité de révision afin que le conseil d'administration mandate le président-directeur général, conformément à l'article

5.3.6, paragraphe 2, pour proposer au conseil d'administration trois médecins substitués sur proposition de l'exécutif du CMDP pouvant intervenir rapidement si une situation de conflit d'intérêts devait se présenter;

- le rapport du fonctionnement du régime d'examen des plaintes;
- les rapports des comités des CMDP, CII, CM, CGR CÉC;

- le principe d'intégration des suites requises de la visite d'agrément des installations Lucille-Teasdale dans la démarche d'agrément du CIUSSS-EMTL 2017-2019, le plan d'action de la démarche d'agrément 2017-2019 et le principe de confier au comité de gouvernance et d'éthique le suivi de l'actualisation des normes sur la gouvernance;
- l'entente de gestion et d'imputabilité 2016-2017;
- le rapport annuel du comité de l'application du protocole isolement et contention;
- le rapport du président-directeur général sur les soins de fin de vie et l'approbation pour la transmission à la Commission sur les soins de fin de vie;
- le rapport annuel et les recommandations du comité de vigilance et de la qualité;
- le rapport de l'application de la procédure d'examen des plaintes des périodes P3 et P6;
- le Règlement sur la procédure d'examen des plaintes et l'approbation pour la transmission de ce règlement au MSSS;
- l'acceptation des suivis et la recommandation de prendre acte du bilan de la qualité des activités du laboratoire 2015-2016;
- la recommandation de prendre acte des suivis du comité de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour lesquels des cibles doivent être respectées selon l'entente de gestion (EGI) avec le MSSS ou pour lesquels il y a des cibles proposées par l'INESSS;
- la recommandation de prendre acte des règles de fonctionnement du CUCI;
- la recommandation de prendre acte des suivis pour lesquels le CIUSSS-EMTL a des cibles à respecter à l'entente de gestion et d'imputabilité 2016-2017 avec le MSSS;
- la recommandation de prendre acte des suivis de la Direction des services professionnels pour lesquels le CIUSSS-EMTL a des cibles à respecter à l'EGI avec le MSSS;
- l'approbation de la nomination de M<sup>me</sup> Émilie Mercier, représentante du conseil multidisciplinaire (CM) et de M<sup>me</sup> Sabina Sanzari, représentante du Comité régional des services pharmaceutiques (CRSP), à titre de membres invités au comité de vigilance et de la qualité.

## Résultats obtenus en fonction du mandat du comité

### *Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services*

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

- rapport annuel 2015-2016 sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits : rapport d'activité de la commissaire locale et du médecin examinateur;
- rapports périodiques de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services : bilan des activités, faits saillants émergeant de l'analyse des dossiers, suivi des recommandations de la commissaire et suivi des mesures d'amélioration et des engagements;
- rapports périodiques du médecin examinateur : bilan et état des dossiers.

Le CVQ a également révisé le Règlement du fonctionnement du comité de révision et proposé de mandater le président-directeur général pour proposer une liste de trois substituts médicaux. De plus, le CVQ a révisé le Règlement sur la procédure d'examen des plaintes.

Les faits saillants qui ressortent de l'analyse de la qualité des services et soins offerts par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité sont les suivants :

- réorganisation des centres de prélèvements;
- vigie sur les services contractuels des services d'aide à domicile;
- accessibilité aux services pour les personnes handicapées;
- accès aux services spécialisés dans un délai raisonnable;
- contentions, savoir en déterminer le besoin de part et d'autre;
- être traité avec courtoisie et compréhension;
- faciliter la prise des rendez-vous;
- des soins et services répondant aux besoins.

## Modèle de performance

Une présentation du modèle de performance intégrant la qualité et la sécurité des soins et services a été réalisée. Le comité de vigilance et de la qualité a analysé divers rapports en lien avec l'efficacité, la sécurité, la réactivité, la continuité, la pertinence, l'accessibilité et l'efficience des services rendus. Le comité a assuré un suivi des rapports et documents suivants :

- rapport sur l'avancement des travaux de l'agrément du CIUSSS-EMTL 2017;
- rapport périodique de données de gestion des risques, des événements sentinelles et du taux de déclarations dans le contexte de la prestation sécuritaire de soins et de services;
- rapport périodique des recommandations du coroner;
- rapport des indicateurs des infections nosocomiales;
- rapport des risques reliés à l'état de désuétude des bâtiments;
- rapports d'inspections professionnelles: des laboratoires (certification de l'«American society of Histocompatibility and Immunogenetics») et de l'Ordre de technologues en imagerie médicale et en radio-oncologie du Québec;
- rapports périodiques des recommandations du Protecteur du citoyen;
- rapport du Curateur public;
- suivi bisannuel du rapport sur les soins de fin de vie;
- rapport périodique des recommandations des visites d'appréciation du MSSS;
- présentation du suivi des indicateurs reliés à l'hébergement à la Direction SAPA;
- suivi du temps d'attente en chirurgie;
- suivi des indicateurs de l'entente de gestion et d'imputabilité;
- rapport des réalisations des travaux du Bureau de l'évaluation de l'expérience patient;
- suivi du fonctionnement des comités contribuant au maintien et à l'amélioration de la qualité des soins et services. Les rapports annuels des conseils et comités suivants ont été déposés : CMDP, CII, CM, CGR et CÉC;

- rapport du comité d'évaluation de l'application du protocole isolement et contention;
- bilan annuel 2015-2016 de la qualité des services des laboratoires.

Le CVQ a également révisé le Règlement de fonctionnement du comité de gestion des risques. En outre, il a pris connaissance des règles de fonctionnement du CUCI.

### *Réalisations vis-à-vis du comité de vigilance et de la qualité*

Le CVQ a analysé divers rapports pour assurer un fonctionnement optimal de sa propre structure. Pour ce faire, le CVQ a suivi les dossiers suivants :

- développement d'un tableau de bord pour soutenir le mandat du CVQ;
- élaboration du rapport annuel d'évaluation des activités et du fonctionnement du CVQ;
- élaboration du plan annuel 2016-2017.

Finalement, le CVQ a suivi régulièrement les projets d'amélioration reliés aux plaintes des usagers à l'égard des délais d'attente pour les secteurs de l'oncologie, de l'ophtalmologie et de la gastroentérologie.

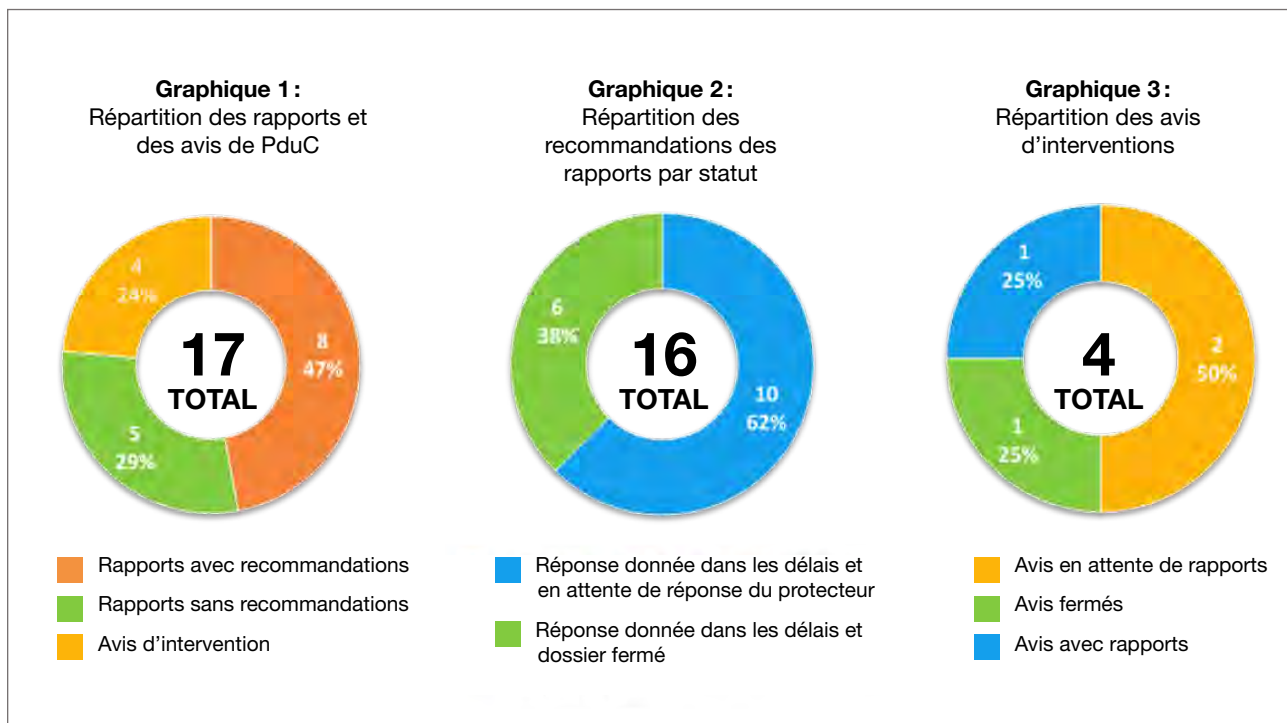
### **Rapport du coroner**

- Deux rapports du coroner avec trois recommandations ont été reçus, touchant le territoire du CIUSSS-EMTL. Les trois recommandations ont été suivies.
- Deux autres rapports de coroner qui ne concernaient pas le CIUSSS-EMTL, mais qui comportaient des éléments d'intérêt pour la protection de la vie humaine, ont été analysés : un rapport portait sur une alimentation sécuritaire auprès des résidents hébergés, particulièrement en ce qui concerne la clientèle ayant des déficits cognitifs; l'autre dossier a fait l'objet d'une analyse auprès du comité de gestion des risques. Les travaux du comité ad hoc ont débuté et sont encore en cours. Ces travaux vont porter sur les connaissances cliniques et l'amélioration des approches d'interventions dans des situations impliquant des patients avec des atteintes cognitives ainsi que sur les moyens pour améliorer l'information échangée aux points de transition. Ce dernier point est aussi une pratique organisationnelle requise (POR) pour Agrément Canada.



Rapports et recommandations concernant directement le CIUSSS-EMTL (incluant les installations contractuelles sur le territoire)	Rapports et recommandations concernant d'autres CIUSSS (les conclusions sont transposables au CIUSSS-EMTL)
2 rapports du coroner	2 rapports du coroner
3 recommandations (complétées)	2 recommandations prises en compte (complétées)
	3 recommandations + comité ad hoc (en cours)

## Rapports du Protecteur du citoyen



**Graphique 1 :** durant l'année 2016-2017, 17 rapports du Protecteur du citoyen ont été reçus, répartis comme suit : huit rapports avec recommandations, cinq rapports sans aucune recommandation, quatre avis d'intervention.

**Graphique 2 :** il y a eu au total 16 recommandations pour les huit rapports qui comportaient des recommandations. Les réponses y ont été apportées dans les délais. Un dossier de l'année 2015-2016, dont le délai supplémentaire est autorisé, devrait aussi se finaliser en 2017.

**Graphique 3 :** il y a eu quatre avis d'interventions, dont deux pour lesquels un rapport est toujours en attente d'émission. Un avis a été fermé sans recommandation et le dernier reçu contenait sept recommandations qui sont en cours de réalisation.

### Recommandations au CVQ pour l'année 2017-2018

- Rapport de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services  
La commissaire aux plaintes et à la qualité n'a émis aucune recommandation.

- Rapport du comité de révision  
Le comité de révision a émis deux recommandations :
  - rappeler l'importance de l'information dispensée aux patients et de la qualité des communications entretenues avec ceux-ci;
  - être disposé à collaborer en tout temps avec la commissaire aux plaintes afin de favoriser l'amélioration des services.
- Comité des usagers du centre intégré (CUCI)  
Le CUCI a émis trois recommandations :

#### *Enjeu 1 : L'accessibilité*

**Recommandation :** établir des plans de travail pour remédier aux problèmes d'accessibilité des services de notre CIUSSS. Il faut implanter au cœur de la culture de notre CIUSSS le fait que les usagers sont précisément la raison d'être des soins et des services. Lorsque des changements ayant un impact direct sur le mode de l'offre des services, la transition doit être planifiée en tenant compte des usagers, en les informant et en les consultant. L'accessibilité doit être une préoccupation constante pour l'établissement.

### **Enjeu 2: La transparence**

**Recommandation:** il faut s'assurer que l'implantation du nouveau site Internet du CIUSSS soit faite rapidement et qu'il réponde aux besoins de transparence des usagers, notamment sur les mesures prises par l'établissement pour remédier aux problèmes qui y sont vécus quotidiennement. Il faut implanter au cœur de notre CIUSSS l'importance de rendre l'information disponible aux usagers. Le personnel doit aussi être prêt à répondre adéquatement aux questions des usagers.

### **Enjeu 3: Le bon service, en temps utile**

**Recommandation:** notre CIUSSS doit être proactif dans l'offre des soins et services et prendre tous les moyens pour prévenir les crises. Donner le bon service en temps utile aux usagers qui en ont besoin doit devenir l'obsession de chacune de ses directions, de chacun de ses services et les décisions doivent le refléter. Les salles de pilotage doivent en tenir compte.

- Conseils de médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)  
Le CMDP n'a émis aucune recommandation.
- Comité des infirmières et des infirmiers (CII)  
Le CII n'a émis aucune recommandation.
- Conseil multidisciplinaire (CM)  
Le CM n'a émis aucune recommandation.
- Comité de gestion des risques (CGR)  
Le CGR a émis trois recommandations au président-directeur général, soit:
  - établir un calendrier de révision des procédures des codes d'urgence des différentes installations afin qu'il soit présenté et suivi au cours de l'année 2017-2018;
  - finaliser les travaux concernant l'amélioration des suivis des recommandations suite à des analyses approfondies au cours de l'année 2017-2018;
  - ajouter un nouveau membre au comité de gestion des risques, soit le président du comité sur le contrôle des infections.
- Rapport d'activité de l'éthique clinique  
Le rapport d'activité de l'éthique clinique n'a émis aucune recommandation.
- Comité d'éthique de la recherche (CÉR)  
Le CÉR n'a émis aucune recommandation.

### **Tronc commun des recommandations qui ressortent à la suite de l'analyse de ces rapports**

Les recommandations émises peuvent être regroupées en fonction de trois sujets, soit :

- Harmonisation des procédures :
  - établir un calendrier de révision des procédures des codes d'urgence des différentes installations afin qu'il soit présenté et suivi au cours de l'année 2017-2018;
  - finaliser les travaux concernant l'amélioration des suivis des recommandations à la suite des analyses approfondies du Protecteur du citoyen et du Coroner.
- Améliorer les collaborations entre :
  - le comité de révision et la commissaire aux plaintes;
  - le comité de gestion des risques et le président sur le contrôle des infections.
- Communication avec le patient :
  - sensibiliser le personnel et les gestionnaires à l'importance de l'information dispensée aux patients et de la qualité des communications entretenues avec ceux-ci.

### **Recommandation du CVQ**

- Conclusion que le CVQ tire, après avoir établi les liens systémiques entre ces rapports de recommandations et les dossiers spécifiques présentés au cours de l'année

Pour satisfaire ces exigences légales et considérant l'ampleur de la documentation soumise, le CVQ souhaite développer un tableau de bord. La mise en œuvre du tableau de bord permettra au comité de mieux assurer son rôle de vigie relié à la qualité et à l'accessibilité des services, en plus de suivre les recommandations des différentes instances et de pouvoir faire les liens avec les informations afin d'améliorer la qualité des services et des soins offerts.

- Recommandation quant à la qualité des soins et des services

Que l'établissement soutienne le comité de vigilance dans les travaux visant l'élaboration de ses tableaux de bord afin que le CVQ puisse proposer des indicateurs pour le tableau de bord du C.A., d'ici le mois de juin 2018.

### **Perspectives d'action pour la prochaine année**

Pour l'année 2017-2018, le comité souhaite développer un tableau de bord pour avoir un portrait global de la qualité et l'accessibilité des services offerts. Pour satisfaire ces exigences, le tableau de bord aura deux sections, soit :

- le suivi des recommandations des instances qui émettent des recommandations visant l'amélioration des services (ex. : Coroner, Protecteur du citoyen, suivi des recommandations de la commissaire, suivi des recommandations à la suite des analyses approfondies, ordres professionnels, etc.);
- l'appréciation de la qualité pour mesurer la qualité et évaluer la performance organisationnelle selon le modèle de performance du CIUSSS.
- suivi régulier des travaux de l'agrément du CIUSSS en vue de la visite prévue pour décembre 2017.

Le comité de vigilance et de la qualité espère ainsi pouvoir créer des liens entre les différentes informations reçues, pour éventuellement émettre des recommandations à l'établissement permettant une amélioration continue.

Par ailleurs, le CVQ aura une attention particulière sur l'avancement des travaux de la visite d'agrément prévu en décembre 2017.

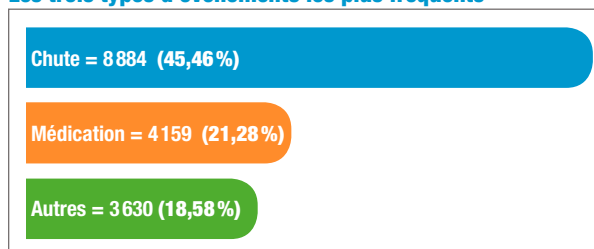
Finalement, considérant que peu de dossiers présentés dans le plan de travail du CVQ touchent directement la sous-dimension de la qualité « continuité des soins et services », le CVQ souhaite que l'établissement lui présente les travaux relatifs à une trajectoire de soins au cours de l'année à venir.

### Comité de gestion des risques

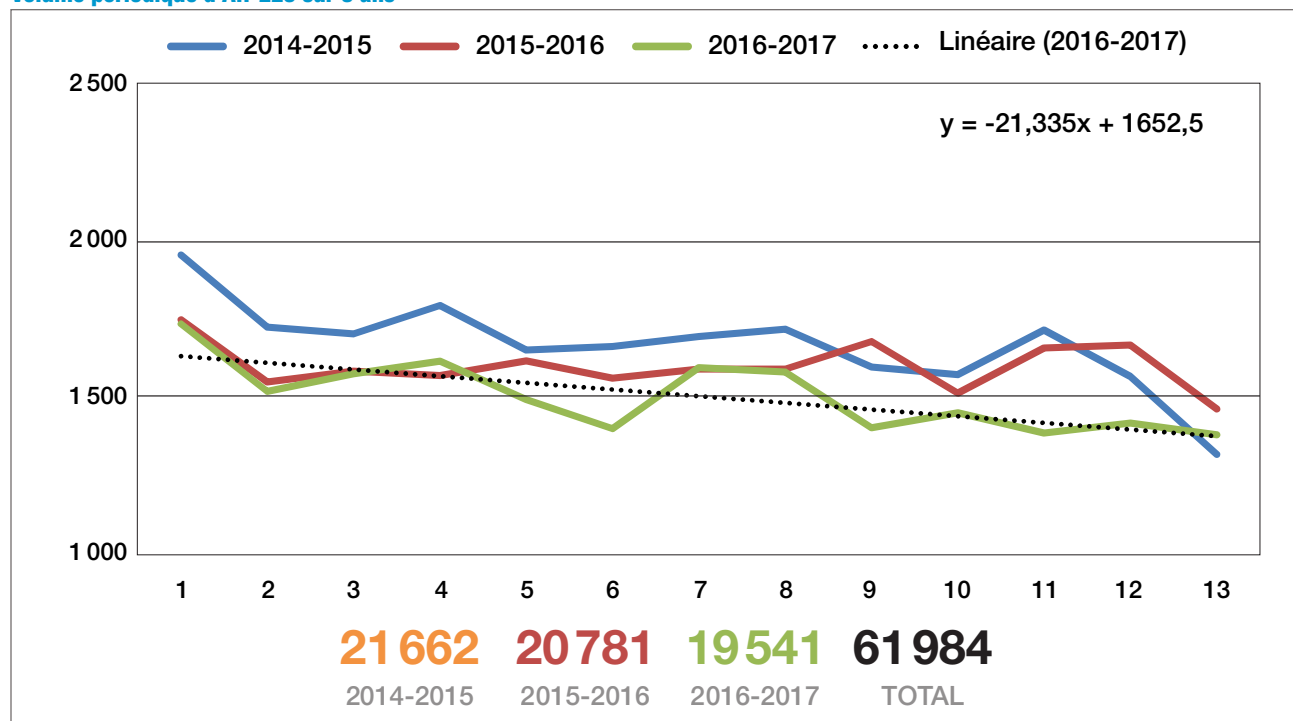
Le comité de gestion des risques réalise le suivi trimestriel des rapports d'incidents et d'accidents qui sont sous la responsabilité de l'établissement.

De manière générale, une baisse globale des déclarations d'incidents et d'accidents de 6% est intervenue pour l'ensemble du CIUSSS, comme le montre le graphique ci-après. De plus, la courbe de tendance montre une pente négative relativement prononcée. Cela porte à croire que le nombre de déclarations continuera de diminuer durant les premières périodes de l'année à venir. Les activités de promotion des déclarations doivent être maintenues et de nouvelles façons de soutenir l'habitude de déclaration doivent être développées.

### Les trois types d'événements les plus fréquents



### Volume périodique d'AH-223 sur 3 ans



Les types d'événements qui reviennent le plus souvent sont : les chutes, les erreurs liées à la médication et les événements de type « autres ». Il y a eu une très légère baisse (0,4 %) de la proportion d'incidents et une diminution (1,6 %) de la proportion des accidents.

Dans le cas des chutes, elles ont été au nombre 8884 en 2016-2017. Les circonstances du constat des chutes sont le plus souvent reliées à un usager trouvé par terre, tombé en circulant ou bien tombé de sa chaise ou de son fauteuil. Plus de quatre fois sur cinq, les gestionnaires jugent que les causes pouvant expliquer ces événements sont liées à la personne touchée. Il est question d'un usager qui glisse, qui tombe ou est trouvé par terre, en raison de faiblesses, de déplacements rapides ou à cause d'un obstacle qui se trouve sur son chemin.

Dans le cas des 4 159 erreurs liées à la médication, les circonstances sont surtout de l'ordre de l'omission d'administration d'un médicament, de la dose et/ou du débit et du non-respect d'une procédure ou d'un protocole. Les causes pouvant expliquer ces événements sont surtout liées à l'organisation du travail et aux facteurs humains.

Dans le cas des événements de type «autres», ils se chiffrent à 3 630. Ceux qui reviennent le plus souvent sont les blessures d'origine inconnue, celles d'origine connue et les erreurs liées au dossier.

Chaque rapport du Coroner et du Protecteur du citoyen est analysé en profondeur par l'équipe de gestion des risques en collaboration avec les directions concernées. Les recommandations font l'objet de l'élaboration d'un plan d'action avec un suivi du taux de réalisation de ce plan. Le comité de gestion des risques et le comité de vigilance et de la qualité reçoivent un rapport trimestriel à ce sujet.

### L'examen des plaintes et promotion des droits

#### *Faits saillants et plaintes traitées par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services*

- 753 plaintes ont été reçues en 2016-2017; 738 ont été conclues en cours d'exercice;
- 961 motifs de plainte ont été répertoriés;
- 590 mesures d'amélioration ont été mises en place;
- une recommandation a été faite;
- 71,28 % des dossiers de plainte ont été traités à l'intérieur du délai légal de 45 jours.

#### *Nombre et motifs de plainte par catégorie*

Au cours de l'année 2016-2017, un total de 3 052 motifs a été étudié, réparti selon le tableau 16 ci-après :

**Tableau 16**

MOTIFS	PLAINTES	ASSISTANCE	INTERVENTION	CONSULTATION	TOTAL
Accessibilité	192	686	21	12	911
Aspect financier	22	73	6	13	114
Autres	8	60	0	7	75
Droits particuliers	59	366	12	53	490
Organisation du milieu et ressources matérielles	96	109	17	20	242
Relations interpersonnelles	240	106	20	3	369
Soins et services dispensés	344	412	54	41	851
<b>TOTAL</b>	<b>961</b>	<b>1812</b>	<b>130</b>	<b>149</b>	<b>3052</b>

#### *Faits saillants et plaintes traitées par le médecin examinateur*

- 149 plaintes ont été reçues en 2016-2017; 148 ont été conclues en cours d'exercice;
- 159 motifs de plainte ont été répertoriés;
- 21 mesures d'amélioration ont été mises en place;
- 71,63 % des dossiers de plainte ont été traités à l'intérieur du délai légal de 45 jours;
- sept dossiers ont été transmis au comité de révision.

#### *Nombre et motifs de plainte par catégorie*

Au cours de l'année 2016-2017, 159 motifs de plainte médicale ont été étudiés, répartis selon le tableau 17 ci-après :

**Tableau 17**

MOTIFS DE PLAINTES	NOMBRE
Accessibilité	10
Autres	4
Droits particuliers	5
Relations interpersonnelles	44
Soins et services dispensés	96
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>159</b>

#### *Plaintes et satisfactions, promotion du régime d'examen des plaintes et de la qualité des services*

L'équipe de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a réalisé une campagne de promotion tant à l'interne qu'à l'externe, soutenue par le Service des communications du CIUSSS-EMTL. Cette campagne visait à promouvoir les droits des usagers, à faire connaître le processus d'examen des plaintes ainsi que les mandats de la commissaire et des commissaires adjointes.

Parmi les actions menées, une section informative a été créée sur le site Web du CIUSSS-EMTL, donnant aux usagers tous les renseignements à connaître lorsqu'ils souhaitent faire une consultation, demander un accompagnement ou déposer une plainte.

En parallèle, une section a été créée sur l'intranet du CIUSSS-EMTL, afin que le personnel ait également en main toutes les informations nécessaires pour accompagner les usagers dans la procédure à suivre.

Le dépliant intitulé «Améliorer la qualité des services: notre préoccupation constante!» et l’affiche fournis par le MSSS ont été diffusés dans toutes les installations du CIUSSS-EMTL. Un formulaire a été créé et rendu disponible dans tous les services d’accueil des différentes installations, afin d’aider les usagers à exprimer leur satisfaction ou leur insatisfaction.

Un calendrier 2017 a été réalisé, avec des renseignements pratiques sur le même thème, en collaboration avec le comité des usagers du centre intégré; 3 500 copies ont été diffusées dans toutes les installations.

En valorisant la communication et en mettant à la disposition des usagers et des membres du personnel des outils simples à utiliser, cette campagne a permis de démystifier le processus des plaintes.

## Personnes mises sous garde

Garde en établissement de santé et de services sociaux

Tableau 18

	IUSMM	HMR	HSCO	TOTAL
Nombre de mises sous garde préventive	648	289	36	973
Nombre d’usagers différents mis sous garde préventive	554	268	35	844
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l’établissement au nom d’un médecin qui y exerce	5	4	6	15
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal	5	4	6	15
Nombre d’usagers différents mis sous garde provisoire	5	4	5	14
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde autorisées en vertu de l’article 30 du Code civil présentées au tribunal par l’établissement	383	91	5	479
Nombre de mises sous garde autorisées par le tribunal en vertu de l’article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d’une garde autorisée)	476	112	8	596
Nombre d’usagers différents mis sous garde autorisée en vertu de l’article 30 du Code civil (incluant le renouvellement d’une garde autorisée)	339	86	5	430
Nombre d’usagers différents mis sous garde tous types confondus (chaque usager est compté une seule fois au cours de la période)**	602	293	39	917

## 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 mises en place

Après près de deux ans d’implantation, le CIUSSS-

EMTL présente dans ce document l’avancement des travaux concernant le déploiement des soins de fin de vie pour sa population de l’Est de l’île de Montréal. En vertu de l’article 73 de la Loi des soins de fin de vie, ce rapport présente les données recueillies ainsi que les activités principales réalisées dans le cadre du Plan de développement des soins palliatifs 2015-2020 et de ses neuf priorités pour les six derniers mois d’activités, soit du 10 décembre 2016 au 9 juin 2017.

### Voici les informations reliées aux activités de soins de fin de vie depuis l’implantation des activités:

Mise en place de huit groupes de travail étayés par l’expertise pertinente pour le déploiement du mandat:

- groupe interdisciplinaire sur les directives médicales anticipées (DMA), la sédation palliative et l’aide médicale à mourir (AMM);
- groupe interdisciplinaire sur la formation et le développement des compétences en soins palliatifs, selon le Plan ministériel de développement;

- groupe de proches aidants;
- groupe guichet universel;
- groupe de données et de reddition de compte;
- groupe de bénévoles et de soins spirituels;
- groupe de continuum de soins et de services de soutien à domicile (SAD);
- groupe de continuum Centre d’hébergement de soins de longue durée (CHSLD).

### Partenariats

En conformité avec les orientations ministérielles, le CIUSSS-EMTL s’est engagé à offrir des services de soins palliatifs et de fin de vie de qualité et adaptés aux

besoins de sa clientèle en collaboration avec ses partenaires. Plusieurs ententes ont été signées :

- entente de partenariat avec la Société des soins palliatifs à domicile (SSPAD) qui offre des services de soins palliatifs à domicile et du répit pour les proches;
- entente de partenariat avec la maison de soins palliatifs pédiatriques Le Phare Enfants et Familles qui offre des services de soins palliatifs, d'accompagnement et de répit à la clientèle pédiatrique;
- coordination et entente de partenariat avec l'organisme Albatros pour les bénévoles des unités de soins palliatifs et des CHSLD à venir.

#### Formation

Prévu au Plan de développement 2015-2020, le développement des compétences pour les professionnels occupe une place importante au sein du Programme des soins palliatifs afin d'offrir des services de qualité à la population. Au cours des six derniers mois, plus de 425 professionnels ont été formés. Ces formations sont en lien avec les volets 2 et 3 du Plan ministériel du développement des compétences.

Notons qu'aucune plainte n'a été formulée auprès de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité du CIUSSS-EMTL.

#### Demandes réalisées

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

**Tableau 19**

PÉRIODE DU 10 DÉCEMBRE 2015 AU 9 JUIN 2016		
Activités	Information demandée	TOTAL
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	N/D
Sédation palliative	Nombre de sédations palliatives continues administrées	6
	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	19
Aide médicale à mourir	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	15
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	4 (3 personnes ont changé d'avis et 1 personne est décédée avant l'administration du soin suite à une complication aiguë et inattendue liée à sa maladie).

**Tableau 20**

PÉRIODE DU 10 JUIN 2016 AU 9 DÉCEMBRE 2016		
Activités	Information demandée	TOTAL
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	2 137
Sédation palliative	Nombre de sédations palliatives continues administrées	14
	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	42
Aide médicale à mourir	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	22
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	20 (raisons de non administration : 4 demandes en cours, 5 patients inaptes, 4 demandes vers sédation, 4 patients décédés, 1 patient a changé d'avis, 2 patients non éligibles)

**Tableau 21**

PÉRIODE DU 10 DÉCEMBRE 2016 AU 14 JUIN 2017		
Activités	Information demandée	TOTAL
Soins palliatifs et de fin de vie	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	1 958
Sédation palliative	Nombre de sédations palliatives continues administrées	28
	Nombre de demandes d'aide médicale à mourir formulées	29
Aide médicale à mourir	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	21
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	12 (raisons de non administration : 6 demandes vers sédation, 2 patients décédés, 2 patients ont changé d'avis, 2 demandes en attente)



# Résultats : entente de gestion et d'imputabilité

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %			COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	
<b>SECTION I : SANTÉ PUBLIQUE (DGSP)</b>							
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION I : Direction des services professionnels							
DATE DE VALIDATION DE LA SECTION I : 2017-05-18							
1.1	BILAN DES ACTIVITÉS RÉALISÉES	Un bilan faisant état des ressources humaines consenties pour la mise en œuvre des activités selon le centre d'activité (nombre de personnes travaillant à temps complet ou son équivalent temps complet) et des activités réalisées selon le milieu de vie cible (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé.	NA				
1.2	COMITÉ PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES	Compléter le formulaire CISTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et la composition de ce comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales - Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec ». Santé et Services sociaux Québec, 2006. La mise à jour de ce dernier est en cours et sa publication est prévue en décembre 2016.	R				DSR

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %			COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	
<b>SECTION II : SERVICES SOCIAUX (DGSS)</b>							
PRÉNOTÉ ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION II : Direction du programme jeunesse, Direction des services multidisciplinaires, Direction de la DJPSA et DP							
DATE DE VALIDATION DE LA SECTION II : 2017-05-18							
2.1	LISTE DES INSTALLATIONS ET ORGANISMES AU SEIN DU RSSS DEVANT IMPLANTER LES PROTOCOLES D'INTERVENTION EN MATIÈRE D'ITTINÉANCE	L'établissement devra transmettre une liste des installations et organismes de sa région devant implémenter le protocole. Un gabarit à compléter sera fourni, lequel comportera des indications permettant l'identification des installations et organismes pertinents. La liste des installations et organismes transmise permettra de déterminer la cible pour l'établissement, ainsi que le facile national, associé à l'indicateur.	NA				
2.2	PROGRAMME D'INTERVENTION EN NEGLIGENCE	Le formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'usagers ayant participé au programme.	R				DJ
2.3	CONSOLIDATION DU SERVICE DE CONSULTATION TÉLÉPHONIQUE PSYCHOSOCIALE 24/7 (INFO SOCIAL)	L'établissement doit produire un état de situation afin d'exposer les mesures prises pour respecter et atteindre les standards comme prescrit dans l'offre de services sociaux généraux.	NA				
2.4	ÉVALUATION ET ÉLABORATION D'UN PLAN D'INTERVENTION POUR TOUS LES USAGERS HÉBERGÉS EN CENTRE D'HÉBERGEMENT DE SOINS DE LONGUE DURÉE PUBLIC	L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une relation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention. Les résultats des profils ISO-SMAF à jour et des plans d'intervention devront être transmis dans le formulaire GESTRED prévu à cette fin. Un état de situation sur les résultats obtenus devra également être produit.	NR	La cible de 100% ne pourra jamais être atteinte à cause du taux de roulement élevé de 45% et le nombre de décès annuel soit 788 en CHSLD en 2016-2017.	90%	1 avril 2018	Nous cherchons à attendre le plus haut pourcentage possible d'usagers ayant un Iso-Smaf à jour et un PII tel que demandé par le MSSS. Rehaussement en cours de certains postes d'infirmières dans certaines installations d'hébergement en suivi du plan d'action sur le suivi des investissements-ressources en CHSLD (Gestred 3.1.100). Harmonisation du programme PII dans les 15 installations d'hébergement avec suivi d'indicateurs de performance et qualité en cours.
2.5	PLAN TERRITORIAL POUR L'ACCÈS ET LA CONTINUITÉ	L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC.	R				DJPSA et DP Le PTAAC a été déposé en mai 2016.
2.6	APPLICATION DU NOUVEAU LEXIQUE DES VARIABLES DU RELIEF QUOTIDIEN DE LA SITUATION D'URGENCE ET EN CENTRE HOSPITALIER	L'établissement doit produire un état de situation sur l'application du nouveau lexique ROSUCH. Celui-ci devra faire état des actions entreprises pour, d'une part, s'assurer de la validité des données dans le contexte d'un changement au niveau des variables, et d'autre part, actualiser les quatre principes directeurs visant à instaurer de meilleures pratiques dans l'organisation et la dispensation des soins et services.	NR	Données disponibles = 100% Données intégrées sans les systèmes d'informations = 100% Pratiques d'utilisation des données ROSUCH en cours de gestion des lits et rencontre d'équipe = 100% Intégrité des données = 75% Raison: • Délai de saisie des variables (fin de semaine vs semaine) • Planification de congé sous optimale durant l'épisode de soins actifs • Retour à domicile pas toujours analysé comme premier choix • Perception que l'entrée de données n'est pas nécessaire; appropriation et sens non intégré dans les fonctions opérationnelles • Manque de régularité dans l'entrée de données (inter-site et inter-services) • Leadership flouit	75%	1 avril 2018	Étape complétée durant l'année: - Formation de plus de 600 employés - Mise en place d'une structure de gouvernance - Suivi de deux trajectoires de soins qui se terminent en NSA plus fréquemment (démarche bazan) et permis d'identifier les projets de soins à court terme - Audit de nos variables ROSUCH à deux moments dans l'année: - Suivi d'une cohorte via GESTRED-NSA - A venir: • Clarifier les rôles et les responsabilités (autant dans l'entrée des données que dans la vige) • Amélioration de l'aide mémoire pour augmenter l'appropriation • Pour suivre la formation et augmenter l'accompagnement terrain aux intervenants • Déployer un plan de communication ciblant autant les médecins que les équipes opérationnelles • Créer et inclure une formation NSA (variable ROSUCH) dans le plan d'orientation et d'accueil • Créer un responsable clinique (super-utilisateur) qui peut intervenir en cas d'erreur dans les données. • Développer un mécanisme de suivi (outil de rétroaction)
2.7	PROFIL DES LITS DE SOINS ET SERVICES POSTAIGUS	L'établissement doit produire un état de situation pour documenter l'offre de lits de soins et services post-aigus qui contiendra, notamment, son rôle et fonctionnement, les clientèles desservies ainsi que les ressources et les mécanismes de liaison avec les autres composantes du continuum.	NR	A ce moment-ci dans la transformation nous répondons aux besoins, mais nous continuons à déployer notre plan en réponse aux besoins. Couverture médicale, nombre de demandes moins grande que prévu. Client admis dans un délai de 4 jours et moins 84,3%.	56%	1 avril 2018	Travailler en collaboration avec la DSP afin d'avoir une couverture médicale adéquate. Suivre les indicateurs et analyser les besoins à développer en conséquence des besoins populationnels. DSAPA

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON RÉALISÉE À 100 %			COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	
<b>SECTION III : SERVICES DE SANTÉ ET DE MÉDECINE UNIVERSITAIRE (DGSSMU)</b>							
Prénom et nom du répondant pour la section III : Direction des services professionnels, Direction du programme S.M.P.A., Direction des soins infirmiers							
Date de validation de la section III : 2017-05-18							
3.1	SUIVI DE L'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS ET ATTEINTE DES CIBLES DE L'ENTENTE ENTRE LE MSSS ET LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC	Un plan de travail permettant d'atteindre les cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec, lié à la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (2015, chapitre 25) doit être déposé. Par la suite, un suivi régulier des résultats de ce plan de travail sera fait sous la forme d'états de situation.	R				DSP
3.2	MALADIE D'ALZHEIMER ET AUTRES TROUBLES NEUROCOGNITIFS MAJEURS : PLAN D'ACTION TRIENNAL 2016-2019 ET SUIVI DES RÉALISATIONS	Un plan d'action triennal 2016-2019 devra être élaboré en impliquant les entités concernées, dont en premier lieu les promoteurs des divers projets d'implantation ciblés. Un état de situation des réalisations de l'établissement devra également être produit.	NR	Le Ministère a avisé que la date butoir a été déplacée au 31 mai 2017. A ce jour, tout est documenté et prêt pour déposer l'état de situation le 31 mai 2017.	75%	31 mai 2017	DSAPA
3.3	PLAN D'ACTION PAR ÉTABLISSEMENT RÉALISÉ SUR LA BASE DU PLAN D'ACTION NATIONAL 2016-2018	L'établissement devra déposer un plan d'action et une autoévaluation à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux.	NA				DSI Lors de la conférence téléphonique du comité national, l'auto-évaluation de l'application du plan d'action a été reportée à septembre (31) puisque qu'un grand nombre d'établissements a déposé son plan en février - mars 2017.
3.4	DÉPLOIEMENT DES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE	L'établissement devra produire deux états de situation qui confirment la réalisation des actions suivantes : effectuer la migration d'au moins une unité de médecine familiale (UMF) vers le modèle GMF (nouveau GMF à partir d'une UMF ou ajout d'une UMF à un GMF existant) et reconnaître un nouveau GMF ou ajouter un site clinique à un GMF existant à partir d'un site CLSC (services médicaux première ligne).	R				DSP
3.5	ADDENDA – MISE EN ŒUVRE DU FONCTIONNEMENT DE LA BIOLOGIE MÉDICALE SOUS LE FORMAT DES GRAPPES OPTILAB	L'établissement servira à l'obligation d'assurer, en collaboration avec les autres établissements de sa grappe, le cas échéant, la mise en œuvre du fonctionnement de la biologie médicale sous le format des grappes OPTILAB. Pour ce faire, il s'engage à réaliser certaines actions, mesures ou livrables dans le temps, et ce, en fonction d'une reddition de comptes articulée essentiellement selon un mode de gestion de projet.	NA				
3.6	POURSUITE DU DÉVELOPPEMENT ET DU SOUTIEN DE L'OFFRE DE SERVICE EN SOINS PALLIATIFS ET DE FIN DE VIE	L'établissement doit produire un plan d'action qui prévoit : le rehaussement des SPFV à domicile, la mise en place d'un programme clinique de soins de fin de vie, la poursuite du développement des lits réservés en SPFV et la formation des professionnels du réseau en SPFV.	R				DSRPA

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ÉCHÉANT, MESURE(S) D'ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	
<b>SECTION IV : FINANCEMENT, INFRASTRUCTURES ET BUDGET (DGFIB)</b>								
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION IV : Direction des services techniques								
DATE DE VALIDATION DE LA SECTION IV : 2017-05-15								
4.1	LISTES DES BESOINS (OU CORRECTIFS) DEVANT ÊTRE RÉALISÉS DANS LES CINQ PROCHAINES ANNÉES PAR INSTALLATION PRINCIPALE	<p>Pour une seconde année, l'établissement a pour objectif de procéder à l'inspection technique de 30 % de la superficie de leur parc immobilier respectif en 2016-2017 afin d'atteindre un pourcentage cumulé minimal de 60 %. À la suite de l'inspection technique des bâtiments, il doit élaborer les listes des correctifs par installation principale devant être réalisés dans les cinq prochaines années et télécharger les données dans le système Actilis + Réseau.</p>	R					DST
4.2	STRATÉGIE QUÉBÉCOISE D'ÉCONOMIE D'EAU POTABLE	<p>Par la complétion du formulaire GESTRED, l'établissement participe à la réalisation du plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel.</p>	R					DST

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON-RÉALISÉE À 100 %				COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	LE CAS ÉCHÉANT, MESURE(S) D'ENTREPRISE(S) PAR L'ÉTABLISSEMENT POUR ASSURER LA RÉALISATION À 100 %	
<b>SECTION V : COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE (DGRM)</b>								
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION V : Direction des services techniques								
DATE DE VALIDATION DE LA SECTION V : 2017-05-15								
5.1	ADDENDA – COMITÉ RÉGIONAL POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE	La formation des comités régionaux pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise est repoussée à une date ultérieure de l'année 2016/2017.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
5.2	MANDAT MINISTÉRIEL DE LEADERSHIP RÉGIONAL EN SÉCURITÉ CIVILE	Exercer et approfondir le rôle de leadership régional en sécurité civile auprès des établissements de sa région. À cet effet, le MSSS s'attend à ce que l'établissement mette en place une instance de coordination régionale en sécurité civile et se dote de mécanismes de concertation efficaces permettant son déploiement. De plus, advenant la visite de dignitaires en sol québécois, prévoir que des plans de santé pour les dignitaires jouissant d'une protection internationale soient préparés et applicables.	NA					
5.3	SÉCURITÉ CIVILE	S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure de jouer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au niveau de la mission Santé et de son arrimage avec le PNSC, en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile.	R					DST
5.4	GESTION DES RISQUES EN SÉCURITÉ CIVILE - SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX	Procéder au lancement du processus de gestion des risques en sécurité civile. À cet effet, l'établissement doit identifier un responsable du processus. Il peut s'agir du coordonnateur en sécurité civile de l'établissement ou d'une ressource en lien avec celui-ci.  Le responsable du processus de gestion des risques en sécurité civile devra compléter le programme de formation du MSSS, réaliser les préalables à la démarche et l'étape du contexte de réussite en amont.	R					DST
5.5	CENTRE D'EXPERTISE SUR LE BIEN-ÊTRE ET L'ÉTAT DE SANTÉ PHYSIQUE DES RÉFUGIÉS ET DES DEMANDEURS D'ASILE	La responsabilité de la coordination du Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile a été confiée au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour l'année financière 2016-2017. Ainsi, afin de contribuer au transfert, à la mobilisation et à la valorisation des connaissances aux CISSS et CIUSSS désignés, le Centre d'expertise déposera un plan de travail au MSSS en début d'année financière et des rencontres de suivies auront lieu avec le MSSS à trois moments au cours de l'année.	NA					

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON RÉALISÉE À 100 %			COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	
<b>SECTION VI : PLANIFICATION, ÉVALUATION ET QUALITÉ (DGPEQ)</b>							
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION VI : Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, Direction de la DPTISA et DP							
DATE DE VALIDATION DE LA SECTION VI : 2017-05-11							
6.1	PLAN D'ACTION MINISTÉRIEL EN RÉPONSE AUX RECOMMANDATIONS ISSUES DES RAPPORTS DU GROUPE VIGILANCE POUR LA SÉCURITÉ DES SOINS	L'établissement doit s'assurer que les installations favorisent la mise en œuvre du plan d'action ministériel en réponse aux recommandations du GVSS et intensifient le déploiement des meilleures pratiques susceptibles de réduire la gravité et l'incidence des chutes et des événements en lien avec la médication.	R				DQIPÉ
6.2	DIAGNOSTIC ET PLAN D'ACTION À L'ÉGARD DES PERSONNES HANDICAPÉES	Le diagnostic sur l'intégration des personnes handicapées doit contenir des informations sur : la proportion de personnes handicapées à l'emploi, l'accessibilité aux installations, le respect de la politique d'accès aux documents et services, l'accessibilité Web, le processus d'approvisionnement lors de l'achat des biens et services, et les activités pour la semaine québécoise des personnes handicapées. Par la suite, le plan d'action doit être réalisé et porté sur les obstacles prioritaires identifiés.	R				DLTSA-DP Diagnostic organisationnel déposé le 18 octobre au CODIR. Le plan d'action à l'égard des personnes handicapées a été adopté au CODIR le 27 mars 2017, et déposé le 30 mars à l'OPHIQ et au MSSS. Il a été adopté au conseil d'administration du CEMTL le 20 avril dernier.

N°	TITRE DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT: R = RÉALISÉE À 100 % NR = NON RÉALISÉE À 100 % NA = NON APPLICABLE	SI NON RÉALISÉE À 100 %			COMMENTAIRES
				RAISON(S) DE LA NON-RÉALISATION COMPLÈTE	POURCENTAGE DE RÉALISATION	DATE PRÉVUE DE RÉALISATION À 100 %	
<b>SECTION VII : TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION (DGTI)</b>							
PRÉNOM ET NOM DU RÉPONDANT POUR LA SECTION VII : Direction des ressources informatiques							
DATE DE VALIDATION DE LA SECTION VII : 2017-05-19							
7.1	ORIENTATION STRATÉGIQUE DU MINISTRE EN TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION DES SYSTÈMES D'INFORMATION UNIFIÉS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Parachever les travaux préparatoires à la mise en œuvre de l'orientation stratégique en technologie de l'information (TI);</li> <li>Aligner les priorités en TI de l'établissement à celles du plan global du MSSS;</li> <li>Préciser les stratégies et les plans de mise en œuvre en fonction de la capacité de l'établissement, de l'état des lieux et des chiffres concrets;</li> <li>Planifier et organiser les projets de déploiement des solutions unifiées qui auront été retenues;</li> <li>Faire autoriser tous les projets en ressources informatiques par le MSSS – en conformité avec la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informatiques des organismes publics et des entreprises du gouvernement (chapitre G-1.03).</li> </ul>	R				DR-I, unification des systèmes d'information se découpe en une multitude de projets avec des échéanciers variés, dont la plupart ne sont pas connus. En ce moment, il n'est impossible d'ajouter un pourcentage de réalisation et une date prévue de réalisation.



## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur du PS du MSSS 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>Indicateur</i>	<i>Résultat 2015-2016</i>	<i>Engagement 2016-2017</i>	<i>Résultat 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</i>
1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans (anciennement 1.01.24) – DJ	1607	1705	1607	1720

### *Reddition de comptes*

#### **1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans**

L'engagement lié à l'indicateur « Nombre d'activités de dépistage des ITSS chez les jeunes de 15 à 24 ans » n'est pas atteint pour 2016-2017. Une analyse des causes a été réalisée avec toutes les directions concernées (DPI-DSI-DSMD-DSP). Les enjeux se situent particulièrement du côté de la formation des infirmières, de la prescription infirmières et de l'actuel modèle variable d'ordonnance collective pour les 3 territoires (PDI- SLSM – LTEAS).

Les actions prioritaires suivantes sont actuellement en cours pour augmenter le nombre de dépistage ITSS auprès des 15-24 ans :

- Harmonisation de la prescription infirmières et ordonnance collective
- Formation des infirmières
- Rappel de la bonne méthode de codification statistique
- Révision de l'offre de service des cliniques jeunesse
- Augmentation des lieux de dispensions de services plus près de la réalité des jeunes (meilleur taux de pénétration)

**Nom de l'établissement :** CIUSSS CEMTL

**Prénom et nom du répondant :** Julie Provencher, directrice du programme jeunesse

**Date :** 2017-05-04

**Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 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>Indicateur</i>	<i>Résultat 2015-2016</i>	<i>Engagement 2016-2017</i>	<i>Résultat 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</i>
1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF) - DSP	12	12	13	15
1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille - DSP	55,61	63,00	60,79	85

**Reddition de comptes**

**1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille**

L'engagement lié à l'indicateur « Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF) » est atteint.

**1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille**

Concernant l'indicateur « Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille », la période de référence n'est pas encore complétée. On constate un nombre insuffisant de médecins dans l'Est de Montréal et une balance net de soins dispensés à de la clientèle hors territoire par nos médecins.

Les mesures mises en place par l'établissement sont :

- Soutien financier pour embauche de personnel infirmier pour supporter les médecins dans la prise en charge de la clientèle du GACO/GAMF dans toutes les cliniques du territoire.
- Tournée du DGA et DSP adjoint dans les GMF du territoire, accompagnés des CML et des chefs de tables locales du DRMG.
- Déploiement rapide des professionnels dans tous les GMF.
- Création de la table de première ligne qui regroupe le DGA, DSP adjoint, CML, chefs de tables locales du DRMG, médecins responsables CLSC, médecins et gestionnaires responsables GMF et cliniques médicales.

**Nom de l'établissement :** CIUSSS CEMTL - HMR

**Prénom et nom du répondant :** Dr François Loubert, DA médical des services professionnels, volet services à la communauté

**Date :** 2017-05-11

**Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020**

<b>Axe d'intervention :</b>	Première ligne et urgence
-----------------------------	---------------------------

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

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat 2015-2016</i>	<i>Engagement 2016-2017</i>	<i>Résultat 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</i>
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence - <b>DSI</b>	21,72	19,00	22,51	17
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures - <b>DSI</b>	55,0	65,00	55,6	70
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures- <b>DSI</b>	49,5	60,00	49,6	70

**Reddition de comptes**

**1.09.01 PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence**  
L'engagement 16-17 n'est pas atteint, dès le 24 mai 2017, les patients de la section l'ambulatoire seront comptabilisés différemment. La donnée sera plus représentative. Un mandat spécial est donné afin qu'une personne soit libérée pendant les prochains mois pour entre autres scruter et implanter des groupes de travail responsables d'initiatives précises concernant la gestion de la DMS aux étages et à l'urgence.

**1.09.43 PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures**  
Le fait que la donnée ne soit pas entrée en temps réel, apporte des délais indus. Dès le 24 mai 2017, la prise en charge sera en temps réel. Il sera plus facile d'assurer les suivis périodiques. La technologie sera alors au rendez-vous. La prise en charge infirmière sera faite dès le coucher du patient. Ce qui permettra au médecin de faire la sienne en temps réel.

**1.09.44 PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est moins de 4 heures**  
La donnée n'est pas entrée en temps réel.

Les données seront affichées dans les urgences afin de sensibiliser le personnel et les motiver à améliorer ces résultats.

<b>Nom de l'établissement :</b>	CIUSSS CEMTL
---------------------------------	--------------

<b>Prénom et nom du répondant :</b>	Bobby Paré, DA volet opérations
-------------------------------------	---------------------------------

**Date :** 2017-05-16

**Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur du PS du MSSS 2015-2020**

<b>Axe d'intervention :</b>	Services spécialisés
-----------------------------	----------------------

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

<i>Indicateur (chirurgie)</i>	<i>Résultat 2015-2016</i>	<i>Engagement 2016-2017</i>	<i>Résultat 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</i>
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an – Ensemble des chirurgies - <b>DSP</b>	1271 (P13)	0	562 (P12)	0

<b>Reddition de comptes</b>
<b>1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an – Ensemble des chirurgies</b> L'engagement (0) lié à cet indicateur n'est pas atteint. Cependant, beaucoup d'efforts ont été consentis pour réduire la liste des chirurgies en attente de plus de 12 mois, puisque nous sommes passés de 1271 en P13 2015-2016 à 562 en P12 2016-2017. La volumétrie imposante explique en partie la non-atteinte de la cible 0. Nous poursuivons nos efforts de façon soutenue. Notre production chirurgicale s'est accrue de 20%.
<b>Nom de l'établissement :</b> CIUSSS CEMTL - HMR
<b>Prénom et nom du répondant :</b> Dre Martine Leblanc, Directrice des services professionnels
<b>Date :</b> 2017-05-11

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

Axe d'intervention :	Services spécialisés				
Objectif de résultats :	6. Assurer des soins et des services spécialisés dans des délais médicalement acceptables				
<i>Indicateur (imagerie médicale)</i>	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018	Engagement 2017-2018
1.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois - DSP	N/A	65.5%	49,2	N/A au global	N/A au global
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	30,2	65%	38,3	90%	90%
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	80	60%	74,4	75%	75%
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	97,7	100%	94,5	100%	100%
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	36,3	45%	53,7	50%	50%
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	83,3	65%	48,6	80%	80%
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	52,0	70%	46,4	70%	70%
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 tomodesitométries	49,4	90%	63,6	65%	65%
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	48,6	60%	35,7	60%	60%
1.09.34.10-EXP Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons	N/A	N/A	95,1	90%	90%

### *Rédaction de comptes*

#### **1.09.34.00-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois**

L'engagement 16-17 lié à cet indicateur a été calculé par le service infocentre selon le poids de chaque sous-indicateur afin d'assurer un suivi au niveau stratégique. HMR sera meilleur avec la réouverture de la deuxième IRM en 2017-18 et nous prévoyons offrir un surcroît en HT à l'automne. Des appareils en échographie sont attendus à l'automne pour augmenter l'offre de service en MSK, sein, cardiaque. Santa Cabrini va pouvoir aider HMR en échographie puisque le temps d'attente pour le CRDS a diminué. Nous espérons ré ouvrir le secteur du sein à l'automne pour la mammographie de contrôle et développement souhaité pour échographie du sein de contrôle. La clinique Sorad a accepté qu'on transfère des examens pour la clientèle enregistrée pour certains types d'examen baryté et échographie cardiaque.

#### **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**

L'engagement lié à cet indicateur est non atteint. Essentiellement des examens en musculo squelettiques (orthopédie-rhumatologie). Manque d'effectifs médicaux à HMR et de plateaux techniques jumelés à l'échographie de surface.

#### **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**

L'engagement lié à cet indicateur est atteint.

#### **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**

L'engagement lié à cet indicateur est atteint. Mauvaises interprétations des données, probablement dû à un mauvais enregistrement de la requête. Tous les examens sont faits à l'intérieur de 3 mois.

#### **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**

L'engagement lié à cet indicateur est atteint.

#### **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**

L'engagement lié à cet indicateur est non atteint. Manque d'effectifs médicaux à HMR et à Santa Cabrini et de plateaux techniques pour échographie de contrôle pour le secteur du sein.

#### **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**

L'engagement lié à cet indicateur est non atteint. Plages réservées multi sites pour l'échographie. Nombre d'appareils d'échographie insuffisant.



<p><b>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 tomodesitométriques</b> L'engagement lié à cet indicateur est non atteint. Santa Cabrini : 1 seul scan (bris d'équipement) et principalement des examens avec infusion. HMR; examens spécialisés en attente (colonoscopie) et examens avec infusion. Manque d'effectifs médicaux et technologues pour optimiser 7 j/ 7 jour et soir pour 3 scans .mais progression depuis l'an dernier. Surcroît d'HT en soirée sur semaine depuis le 6 mars 2017.</p> <p><b>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</b> L'engagement lié à cet indicateur est non atteint. Nous avions un appareil IRM à HMR de non disponible de juillet 2016 à février 2017 pour rehaussement. Santa Cabrini a ouvert en soirée pour permettre de faire certains examens de l'HMR. Pendant ce temps, la grille horaire à Santa Cabrini a été modifiée pour permettre des ajouts de l'HMR.</p> <p><b>1.09.34.10-EXP Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons</b> L'établissement n'avait pas d'engagement pour cet indicateur en 2016-2017.</p>	<p><b>Nom de l'établissement :</b> CIUSSS CEMTL- HMR</p> <p><b>Prénom et nom du répondant :</b> Dre Martine Leblanc, Directrice des services professionnels</p> <p><b>Date :</b> 2017-05-11</p>
--	---

**Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur du PS du MSSS 2015-2020**

<b>Axe d'intervention :</b>	Services spécialisés
-----------------------------	----------------------

<b>Objectif de résultats :</b>	7. Améliorer la survie des patients atteints de cancer
--------------------------------	--

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat 2015-2016</i>	<i>Engagement 2016-2017</i>	<i>Résultat 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</i>
1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier - <b>DSP</b>	50,0	90,0	45,8	90

**Reddition de comptes**

**1.09.33.01-PS Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours de calendrier**  
 L'engagement (90%) lié à cet indicateur est non atteint. Cependant, au 31 mars 2017, nous avons atteint la cible de 0 cas de chirurgie oncologique en attente depuis plus de 56 jours. Selon les données disponibles au 31 mars 2017, 81% de nos chirurgies oncologiques ont été réalisées en dedans de 28 jours et 19% entre 29 et 56 jours pour le CEMTL. Nous poursuivons nos efforts d'amélioration de l'accès à la chirurgie oncologique.

<b>Nom de l'établissement :</b>	CIUSSS CEMTL - HMR
<b>Prénom et nom du répondant :</b>	Dre Martine Leblanc, Directrice des services professionnels
<b>Date :</b>	2017-05-11

**Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 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>Indicateur</i>	<i>Résultat 2015-2016</i>	<i>Engagement 2016-2017</i>	<i>Résultat 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</i>
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD) - <b>DSP</b>	À inscrire – Voir rapport des taux d'infections nosocomiales	100	À inscrire – Voir rapport des taux d'infections nosocomiales	100
1.01.19.02-PS Pourcentage de 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 - <b>DSP</b>	Idem	100	idem	100
1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse - <b>DSP</b>	Idem	100	idem	100

**Reddition de comptes**

**1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD)**

Pour le C. Difficile, un de nos centres hospitaliers de courte durée excède la cible étant à 10.0 pour 10,000 jours présence. Cependant, le taux est en amélioration pour cette installation, étant passé de 15.2 à 10.0 pour 10,000 jours présence.

**Nom de l'établissement :** CIUSSS CEMTL - HMR

**Prénom et nom du répondant :** Dre Martine Leblanc, Directrice des services professionnels

**Date :** 2017-05-11

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

<b>Axe d'intervention :</b>	Personnes âgées
-----------------------------	-----------------

<b>Objectif de résultats :</b>	10. Améliorer les services de soutien à domicile de longue durée
--------------------------------	--

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat 2015-2016</i>	<i>Engagement 2016-2017</i>	<i>Résultat 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</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)	9774	9902	10 072	10298
1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DP et DI-TSA)	48,4	90,0	73,9	90

### *Reddition de comptes*

**1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée**  
L'engagement lié à cet indicateur est atteint. Il y a eu baisse par rapport à 15-16 considérant les travaux de révision de pertinence des services qui a amené des fermetures de dossier. Par contre, l'engagement 17-18 sera atteint considérant l'ajout des RH en lien avec le budget d'investissement SAD.

**1.03.12-PS Pourcentage des personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention**  
L'engagement lié à cet indicateur est non atteint, mais on observe une nette amélioration par rapport à 15-16. Nous avons désormais un outil de suivi hebdomadaire qui permet le suivi de cet indicateur par les gestionnaires. Cette année, avec le partage de clientèle avec la déficience physique, il y a eu une période de changement de charge de cas et du temps moins productif sur le suivi des OEMC et PSIAS.

En DI-TSA et DP, il y a eu une augmentation significative par rapport à l'an dernier. La difficulté de dotation ou de recrutement de certains titres d'emploi a eu un effet sur les résultats et ce, selon les différentes installations du CIUSSS. Une appropriation a été de mise particulièrement dans les services en DI-TSA. Des moyens de contrôle plus appropriés ont été développés et permettront un suivi rigoureux et une rétroaction plus rapide aux équipes lorsque nécessaire. La mise en place d'une salle de pilotage à la direction DI-TSA et DP permettra aussi d'assurer le suivi de l'évolution des résultats et de mettre à contribution les équipes dans la recherche de solutions.

**Nom de l'établissement :** CIUSSS CEMTL

**Prénom et nom du répondant :** Danièle Bernard, Directrice du programme SAPA et Isabelle Portelance,  
Directrice des programmes DI-TSA et DP

**Date :** 2017-05-12

**Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020**

<b>Axe d'intervention :</b>	Personnes âgées
-----------------------------	-----------------

<b>Objetif de résultats :</b>	11. Consolider l'adaptation des soins et des services aux conditions des personnes âgées
-------------------------------	--

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat 2015-2016</i>	<i>Engagement 2016-2017</i>	<i>Résultat 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</i>
1.03.07.01-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée - <b>SAPA</b>	0,00	100	À inscrire	1/2
1.03.07.02-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée - <b>SAPA</b>	0,00	50	À inscrire	1/2
1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale - <b>SAPA</b>	100,0	100	À inscrire	3/3

**Reddition de comptes**

**1.03.07.01-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée et 1.03.07.02-PS Pourcentage de milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée**  
 Les engagements liés à ces 2 indicateurs sont non atteints. Il s'agit d'un problème de gouvernance du projet AAPA, d'implication médicale et de leadership. Un plan d'action sera élaboré lors d'une rencontre le 26 mai 2017 et le dossier est suivi en salle de pilotage tactique.

**1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale**  
 Le résultat 16-17 est présentement non disponible. Nous ne pouvons donc pas commenter son atteinte ou non.

**Nom de l'établissement :** CIUSSS CEMTL

**Prénom et nom du répondant :** Danièle Bernard, Directrice du programme SAPA

**Date :** 2017-05-12

**Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 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>Indicateur</i>	<i>Résultat 2015-2016</i>	<i>Engagement 2016-2017</i>	<i>Résultat 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</i>
1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile -SAPA	962	1070	1077	1088
1.09-45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie - SAPA	26	54	56	54

***Reddition de comptes***

**1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile et 1.09-45-PS Nombre de lits réservés aux soins palliatifs et de fin de vie** (incluant 2 lits de la maison de soins palliatifs Le Phare enfants et familles)  
Les engagements liés à ces deux indicateurs sont atteints.

**Nom de l'établissement :** CIUSSS CEMTL

**Prénom et nom du répondant :** Danièle Bernard, Directrice du programme SAPA

**Date :** 2017-05-12



**Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020**

<b>Axe d'intervention :</b>	Personnes vulnérables
-----------------------------	-----------------------

<b>Objectif de résultats :</b>	13. Faciliter le développement optimal et la participation sociale des enfants et des jeunes adultes ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA)
--------------------------------	---

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat 2015-2016</i>	<i>Engagement 2016-2017</i>	<i>Résultat 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</i>
1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA – <b>DI-TSA-DP</b>	N/A	N/A	N/A	N/A

**Reddition de comptes**

<p><b>1.05.15-PS Délai moyen d'accès pour un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un TSA</b></p> <p>Si l'établissement n'a pas d'engagement pour un indicateur donné en 2017-2018, il est demandé de ne pas supprimer la fiche de cet indicateur et d'inscrire N/A.</p>
<p><b>Nom de l'établissement :</b></p>
<p><b>Prénom et nom du répondant :</b></p>
<p><b>Date :</b></p>

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

<b>Axe d'intervention :</b>	Personnes vulnérables
-----------------------------	-----------------------

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

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat 2015-2016</i>	<i>Engagement 2016-2017</i>	<i>Résultat 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</i>
1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère - <b>DSMD</b>	198	234	198	260
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère - <b>DSMD</b>	279	279	279	310

<b>Reddition de comptes</b>	<p><b>1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le Ministère</b>                  Pour les SIV (1.08.13-PS), l'engagement n'est pas atteint. Trois postes ont été affichés en 2016-2017, mais il n'a pas été possible de combler ceux-ci. Par contre, dans le cadre de la transformation, nous passerons à 324 places reconnues en 2017-2018 avec le réaffichage des trois postes ci-haut mentionnés, le remplacement d'un départ à la retraite et la modification de trois autres postes.</p>
<b>1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le Ministère</b>	Pour les SIM (1.08.14-PS), l'engagement est atteint.
<b>Nom de l'établissement :</b> CIUSSS CEMTL	
<b>Prénom et nom du répondant :</b> Simon Laliberté, DA Développement et programmes spécifiques santé mentale et dépendance par intérim	<b>Date :</b> 2017-05-15

**Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur du PS du MSSS 2015-2020**

<b>Axe d'intervention :</b>	Personnes vulnérables
-----------------------------	-----------------------

<b>Objectif de résultats :</b>	15. Intensifier l'offre de service en dépendance et en itinérance dans le réseau
--------------------------------	--

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat 2015-2016</i>	<i>Engagement 2016-2017</i>	<i>Résultat 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</i>
1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance - <b>DSMD</b>	88,1	75,0	88,1	80

**Reddition de comptes**

**1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance**  
 L'engagement lié à cet indicateur est atteint.

<b>Nom de l'établissement :</b> CIUSSS CEMTL	
<b>Prénom et nom du répondant :</b> Simon Laliberté, DA Développement et programmes spécifiques santé mentale et dépendance par intérim	<b>Date :</b> 2017-05-15

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs du PS du MSSS 2015-2020

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

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

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat 2015-2016</i>	<i>Engagement 2016-2017</i>	<i>Résultat 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</i>
3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire - <b>DRHCAJ</b>	6,4	6,15	6,58	6,05
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires - <b>DRHCAJ</b>	2,63	2,60	2,92	2,60
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante - <b>DRHCAJ</b>	4,22	4,25	3,67	4,00

### *Reddition de comptes*

#### **3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire**

L'engagement lié à cet indicateur est non atteint (93,8% de la cible). Les mesures mises en place par l'établissement sont :

- Un plan d'action afin de favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre est suivi en salle de pilotage du comité de direction (sous forme d'un A3 objectif);
- Un plan d'action tactique est mis en place à la DRHCAJ pour assurer un meilleur contrôle de l'assurance salaire. Une des actions pertinentes est de revoir la procédure interne dans la gestion des dossiers (démarche d'amélioration continue de type Kaizen réalisée avec les équipes du service de santé);
- Un suivi de l'état de l'assurance salaire est fait à chaque période.

Facteurs contraignants : Logiciel actuellement en place au service de santé et sécurité du travail (PRASAT) ne permet pas d'obtenir des données précises afin de mieux cibler nos interventions et ce, plus rapidement.

#### **3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires**

L'engagement lié à cet indicateur est non atteint (2,85%, soit 90,5% de la cible). L'utilisation du temps supplémentaire a été faite pour pallier dans certains secteurs à une baisse de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante. Les mesures mises en place par l'établissement sont :

- Un plan d'action afin de favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main d'œuvre est suivi en salle de pilotage du comité de direction (sous forme d'un A3 objectif);
- Des suivis réguliers par les différentes directions de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante sont réalisés;
- Plusieurs réorganisations des centres d'activité ont permis d'obtenir plus de flexibilité par le personnel (regroupement de services RH).

<p><b>3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante</b>  L'engagement lié à cet indicateur est atteint (3,65%, soit 114,5% de la cible). Nous avons obtenu une variation à la baisse de 14% par rapport à 2015-2016. Les mesures mises en place par l'établissement sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plusieurs réorganisations des centres d'activité ont permis d'obtenir plus de flexibilité par le personnel (regroupement de services RH);</li> <li>- Des suivis réguliers par les différentes directions de l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante sont réalisés;</li> <li>- Un plan d'action afin de favoriser la disponibilité et l'utilisation optimale de la main-d'œuvre est suivi en salle de pilotage du comité de direction (sous forme d'un A3 objectif).</li> </ul>	
<p><b>Nom de l'établissement :</b> CIUSSS CEMTL</p>	
<p><b>Prénom et nom du répondant :</b> Sylvia Provost, Directrice des ressources humaines, communications et affaires juridiques</p>	<p><b>Date :</b> 2017-05-12</p>

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités : Santé publique

Indicateur	Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018
1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles ayant mis en oeuvre des interventions globales et concertées en promotion et prévention de la santé selon l'approche École en santé - <b>DJ</b>	85,6	N/A	56,8 (P-6)	95
1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais (anciennement 1.01.14) - <b>DJ</b>	N/A	N/A	88,3	92
1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais (anciennement 1.01.15) - <b>DJ</b>	N/A	N/A	69,4	85

### *Reddition de comptes*

**1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles ayant mis en oeuvre des interventions globales et concertées en promotion et prévention de la santé selon l'approche École en santé**

Pour l'indicateur 1.01.13-EG2 École en santé, la cible ne semble pas atteinte. Par contre, nous sommes présentement à corriger la saisie statistique du côté du territoire de L'ÉAS. À terme, nous allons réévaluer l'atteinte ou non de la cible en fonction de cette correction.

**1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais et 1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérotype C dans les délais**

Nous avons créé un horaire de vaccination de 12 rendez-vous par journée de vaccination, donc plus de rendez-vous par jour. De plus, nous avons ajouté des cliniques de vaccination infantile dans le secteur de la Pointe-de-l'Île afin de diminuer le délai pour obtenir un rendez-vous. De plus, des directives sous forme de procédures ont été élaborées afin d'harmoniser les pratiques et assurer une vaccination qui respecte les âges auxquels la vaccination est requise.

**Plus spécifiquement pour la vaccination de 12 mois** : Pour l'année 2017, nous allons ouvrir les plages de vaccination sur un an, ce qui permettra de céder les rendez-vous de 12 mois lors du rendez-vous de 6 mois. Une harmonisation de la confirmation des rendez-vous se fait 24-48 heures avant ceux-ci.

Une liste des enfants de 12 mois est produite à chaque mois, une validation des enfants ayant un rendez-vous est effectuée, si les enfants n'ont pas de rendez-vous, un appel est effectué par un membre de l'équipe SPI afin de donner un rendez-vous.



<p><b>1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais et 1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de séro groupe C dans les délais (suite)</b></p>	
<p>1. Historiquement, il a toujours été plus difficile pour la vaccination de 12 mois d'atteindre les cibles de gestion reliée aux 6 mois qui séparent la vaccination de 6 mois et 12 mois. Les parents changent de numéro de téléphone, d'autres voyagent et oublient de contacter le CLSC pour un rendez-vous. La clientèle de nos secteurs est multi-ethnique et souvent vulnérable.</p>	
<p>2. Il y a une légère amélioration pour le vaccin de 2 mois 85.3 en 2014/2015 à 88.3 en 2016/2017</p>	
<p>Les données ne sont pas communiquées périodiquement. L'efficacité des actions mises en œuvre ne peut donc pas être mesurée rapidement.</p>	
<p><b>Nom de l'établissement : CIUSSS CEMTL</b></p>	
<p><b>Prénom et nom du répondant : Julie Provencher, directrice du programme jeunesse</b></p>	<p><b>Date : 2017-05-04</b></p>

**Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur EG2**

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

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat 2015-2016</i>	<i>Engagement 2016-2017</i>	<i>Résultat 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</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 - <b>DSP</b>	N/A	100	N/A	100

***Reddition de comptes***

**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**

L'engagement lié à cet indicateur est atteint.

**Nom de l'établissement :** CIUSSS CEMTL -HMR

**Prénom et nom du répondant :** Dre Martine Leblanc, Directrice des services professionnels

**Date :** 2017-05-11

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur EG2

<b>Secteur d'activités :</b>	Services généraux – Activités cliniques et d'aide
------------------------------	---

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat 2015-2016</i>	<i>Engagement 2016-2017</i>	<i>Résultat 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</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 - <b>DSM</b>	N/A	N/A	N/A	N/A
1.02.07-EG2 Pourcentage de réfugiés ayant bénéficié d'une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique <b>N/A</b>	N/A	N/A	N/A	N/A

### *Reddition de comptes*

**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 et 1.02.07-EG2 Pourcentage de réfugiés ayant bénéficié d'une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique**

Si l'établissement n'a pas d'engagement pour un indicateur donné en 2017-2018, il est demandé de ne pas supprimer la fiche de cet indicateur et d'inscrire N/A.

**Nom de l'établissement :**

**Prénom et nom du répondant :**

**Date :**

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :		Services généraux – Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)			
Indicateur		Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018
1.03.13-EG2	Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14 - SAPA	N/A	85,0	62,7	80
1.03.05.01-EG2	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services - SAPA	1 243 914	1 260 958	1 222 744	1 295 047

### Reddition de comptes

#### 1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en CHSLD ayant un profil ISO-SMAF de 10 à 14

L'engagement lié à cet indicateur est non atteint. Il y a un manque de ressources intermédiaires sur le territoire. Par contre, des travaux importants sont réalisés en regard du « Plan de transformation du parc de lits 2017-2018 ». Le plan est en validation avec le MSSS. Nous souhaitons diminuer le nombre de places en CHSLD et développer des places en ressources intermédiaires (se référer au plan de transformation du parc de lits afin de répondre à la cible de l'entente de gestion).

**1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services**  
Le résultat à P13 est non disponible. Par contre, avec une projection des heures à P12, nous serons éventuellement à 40 000 heures de la cible, soit à 3%. La non atteinte s'explique par :

- Les postes prévus dans le budget d'investissement SAD à partir duquel la cible a été fixée, n'ont pas tous été dotés selon le calendrier prévu
- Révision de la pertinence des services et des balises d'aide à domicile
- Davantage de courtes interventions plus fréquentes pour augmenter la présence-surveillance et amélioration de la productivité des routes organisées.
- Conséquence : Augmentation significative du temps de déplacement ce qui explique la diminution des heures desservies par rapport aux heures rémunérées (hausse de 1.5% d'heures rémunérées pour notre personnel et les services achetés, baisse de près de 6% d'heures en chèque emploi-services, en parallèle d'une baisse de moins de 2% des heures de services)
- Transfert des longues interventions (principalement gardiennage) vers les centres de jour et de répit avec les organismes communautaires

<p><b>1.03.05.01-EG2 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (suite)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impact surtout pour le secteur de la Pointe-de-l'Île où la rigueur du suivi des services d'aide à domicile accusait du retard. Le secteur de Lucille-Teasdale avait été revu en 14-15 et le secteur de St-Léonard et St-Michel est en cours de révision.</li> <li>• Intensification des services au global CIUSSS : 8.5% plus d'interventions/usager</li> </ul> <p>Nous prévoyons l'atteinte en 17-18 par la dotation des postes et la réalisation des projets prévus dans le budget d'investissement SAD.</p>	
<p><b>Nom de l'établissement : CIUSSS CEMTL</b></p>	
<p><b>Prénom et nom du répondant : Danièle Bernard, Directrice du programme SAPA</b></p>	<p><b>Date : 2017-05-12</b></p>

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateurs EG2

Secteur d'activités :		Déficiences			
<i>Indicateur</i>					
		Résultat 2015-2016	Engagement 2016-2017	Résultat 2016-2017	Engagement 2017-2018
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 – <b>DI-TSA-DP</b>	84,5	90,0	72,6	90,0
1.45.04.05-EG2	Taux des demandes de services traitées en CRDP, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS– <b>DI-TSA-DP</b>	N/A	N/A	N/A	N/A
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– <b>DI-TSA-DP</b>	80,7	90,0	78,2	90,0
1.45.05.05-EG2	Taux des demandes de services traitées en CRDI, 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– <b>DI-TSA-DP</b>	N/A	N/A	N/A	N/A

### *Reddition de comptes*

#### **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**

L'engagement n'est pas atteint (71,5%). Il est en diminution par rapport aux résultats de l'an dernier. Toutefois, on note une augmentation significative du nombre de nouvelles demandes traitées dans le cadre du plan d'accès (augmentation de 120 demandes, c'est-à-dire de 38%). La réorganisation en cours d'année des services professionnels aux personnes présentant une déficience physique explique en partie cet écart. En effet, depuis le mois d'octobre dernier, les intervenants pivot sont sous la responsabilité de la direction DI-TSA et DP. Jusqu'à cette date, ces intervenants étaient sous la responsabilité du programme SAPA. À cet égard, une appropriation des critères du plan d'accès aux personnes présentant une déficience a dû être (re)effectuée et est toujours en cours. La difficulté de dotation ou de recrutement de certains titres d'emploi a aussi eu un effet sur les résultats, et ce en fonction des réalités des différentes installations du CIUSSS. Un travail de collaboration est déjà entamé avec la DRHCAJ à cet effet.



**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 (suite)**

Bien que les résultats n'atteignent pas la cible, il est important de noter que la majorité des usagers pour qui le délai n'a pas été respecté, ont reçu les services dans les jours (urgent ou élevé) ou semaines (modéré) suivant la date butoir.

Le soutien à la compréhension et à l'importance du respect des critères du plan d'accès seront portés par la gestionnaire de proximité qui veillera de façon soutenue à son appropriation. Des moyens de contrôle plus appropriés ont été développés et permettront un suivi rigoureux et une rétroaction plus rapide aux équipes lorsque nécessaire. La mise en place d'une salle de pilotage à la direction DI-TSA et DP permettra aussi d'assurer le suivi de l'évolution des résultats et de mettre à contribution les équipes dans la recherche de solutions.

L'enjeu de la qualité des données demeure présent. Une vigie régulière doit être réalisée afin d'assurer une prise de données de qualité.

**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**

On note un maintien (-1%) du taux de respect des attentes 2016-2017. Nous observons toutefois une hausse du volume de 300 usagers à qui nous avons donné des services en 2016-2017 (75 personnes ayant une DI et 225 ayant un TSA) pour l'ensemble du CEMTL. Le volume de nouvelles demandes demeure stable. Par contre, on observe une augmentation des ajouts de services en DI-TSA à même notre direction ou par une autre direction du CEMTL.

La difficulté de dotation ou de recrutement de certains titres d'emploi a aussi eu un effet sur les résultats, et ce en fonction des réalités des différentes installations du CIUSSS. Un travail de collaboration est déjà entamé avec la DRHCAJ à cet effet.

La direction DI-TSA et DP peut compter depuis 2 périodes sur l'ajout de 2 professionnels. Nous devrions y voir les impacts sous peu. L'ajout d'investissement suite au déploiement du plan d'action en autisme viendra aussi soutenir la réussite de l'EGI pour la prochaine année. Le soutien à l'appropriation et à l'importance du respect des critères du plan d'accès seront portés par les gestionnaires de proximité qui veilleront de façon soutenue à son application. Des moyens de contrôle plus appropriés ont été développés et permettront un suivi rigoureux et une rétroaction plus rapide aux équipes lorsque nécessaire. La mise en place d'une salle de pilotage à la direction DI-TSA et DP permettra aussi d'assurer le suivi de l'évolution des résultats et de mettre à contribution les équipes dans la recherche de solution.

L'enjeu de la qualité des données demeure actuel. Une vigie régulière doit être faite afin d'assurer une prise de données de qualité.

**Nom de l'établissement :** CIUSSS CEMTL

**Prénom et nom du répondant :** Isabelle Portelance, Directrice des programmes DI-TSA et DP

**Date :** 2017-05-11

**Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur EG2**

<b>Secteur d'activités :</b>	Dépendances
------------------------------	-------------

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat 2015-2016</i>	<i>Engagement 2016-2017</i>	<i>Résultat 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</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 - <b>DSMD</b>	N/A	N/A	N/A	N/A

***Reddition de comptes***

**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**

Si l'établissement n'a pas d'engagement pour un indicateur donné en 2017-2018, il est demandé de ne pas supprimer la fiche de cet indicateur et d'inscrire N/A.

**Nom de l'établissement :**

**Prénom et nom du répondant :**

**Date :**

## Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur EG2

Secteur d'activités :	Santé mentale
-----------------------	---------------

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat 2015-2016</i>	<i>Engagement 2016-2017</i>	<i>Résultat 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</i>
1.08.15-EG2 Nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 90 jours – <b>DSMD et DJ</b>	149	100	213	N/A

### ***Reddition de comptes***

**1.08.15-EG2 Nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 90 jours**

L'engagement lié à cet indicateur n'est pas atteint. Cette variable est directement liée aux effectifs médicaux en psychiatrie. Au niveau des cliniques externes, plusieurs postes sont vacants et certains autres sont occupés par des psychiatres ne travaillant pas à temps plein, ce qui peut causer des délais au niveau de la prise en charge. La transformation de l'offre de services en psychiatrie au dans notre CIUSSS devrait favoriser un meilleur accès aux services de psychiatrie.

### **Pour le secteur de la Pédopsychiatrie :**

Actuellement, seulement 2 PEM sur 4 sont occupés en pédopsychiatrie et durant 2016-2017, un seul pédopsychiatre était disponible pour assurer les consultations médicales. Cet enjeu médical explique les 58 jeunes qui sont actuellement en attente de consultation.

**Nom de l'établissement :** CIUSSS CEMTL

**Prénom et nom du répondant :** Simon Laliberté, DA Développement et programmes spécifiques santé mentale et dépendance par intérim et Julie Provencher, Directrice du programme jeunesse

**Date :** 2017-05-15 et 2017-05-04

**Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur EG2**

**Secteur d'activités :** Santé physique - Cancérologie

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat 2015-2016</i>	<i>Engagement 2016-2017</i>	<i>Résultat 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</i>
1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier - <b>DSP</b>	77,2	100,0	79,6	100,0

***Reddition de comptes***

**1.09.33.02-EG2 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours de calendrier**

Au 31 mars 2017, nous avons atteint la cible de 0 cas de chirurgie oncologique en attente depuis plus de 56 jours. Selon les données disponibles au 31 mars 2017, 81% de nos chirurgies oncologiques ont été réalisées en dedans de 28 jours et 19% entre 29 et 56 jours pour le CEMTL. Nous poursuivons nos efforts d'amélioration de l'accès à la chirurgie oncologique.

**Nom de l'établissement :** CIUSSS CEMTL - HMR

**Prénom et nom du répondant :** Dre Martine Leblanc, Directrice des services professionnels

**Date :** 2017-05-11

**Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur EG2**

<b>Secteur d'activités :</b>	Ressources matérielles
------------------------------	------------------------

<i>Indicateur</i>	<i>Résultat 2015-2016</i>	<i>Engagement 2016-2017</i>	<i>Résultat 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</i>
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité - <b>DST</b>	100	100	100	100

***Reddition de comptes***

**2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité**  
L'engagement lié à cet indicateur est atteint.

**Nom de l'établissement :** CIUSSS CEMTL

**Prénom et nom du répondant :** Marie-Claude Grondin, Directrice des services techniques

**Date :** 2017-05-15

**Fiche de reddition de comptes de fin d'année de l'EGI 2016-2017 – Indicateur EG2**

<b>Secteur d'activités :</b>	Ressources technologiques
------------------------------	---------------------------

<i>Indicateur (imagerie médicale)</i>	<i>Résultat 2015-2016</i>	<i>Engagement 2016-2017</i>	<i>Résultat 2016-2017</i>	<i>Engagement 2017-2018</i>
6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)	N/A	N/A	N/A	N/A

<b><i>Reddition de comptes</i></b>
<b>6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS)</b>
Si l'établissement n'a pas d'engagement pour un indicateur donné en 2017-2018, il est demandé de ne pas supprimer la fiche de cet indicateur et d'inscrire N/A.
<b>Nom de l'établissement :</b>
<b>Prénom et nom du répondant :</b>
<b>Date :</b>



# Les ressources humaines

## Les ressources humaines de l'établissement

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

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

CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal		Comparaison sur 364 jours pour avril à mars				
		2014-04-06 au 2015-04-04		2016-04-03 au 2017-04-01		
Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT	Valeurs observées	Heures travaillées	Heures supplém.	Total heures rémunérées	Nbre ETC	Nbre individus
1 - Personnel d'encadrement	2014-15	1 013 351	2 332	1 015 683	558	660
	2015-16	870 836	1 726	872 562	480	592
	2016-17	824 491	3 381	827 872	454	563
	Variation	(18,6 %)	45,0 %	(18,5 %)	(18,7 %)	(14,7 %)
2 - Personnel professionnel	2014-15	2 181 251	8 981	2 190 232	1 202	1 615
	2015-16	2 163 560	7 859	2 171 419	1 191	1 573
	2016-17	2 203 954	8 829	2 212 783	1 214	1 600
	Variation	1,0 %	(1,7 %)	1,0 %	1,0 %	(0,9 %)
3 - Personnel infirmier	2014-15	5 910 881	246 536	6 157 417	3 170	4 279
	2015-16	5 941 513	243 843	6 185 357	3 188	4 255
	2016-17	5 939 444	263 182	6 202 626	3 175	4 242
	Variation	0,5 %	6,8 %	0,7 %	0,2 %	(0,9 %)
4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé	2014-15	10 014 657	145 208	10 159 865	5 538	7 708
	2015-16	9 979 563	139 915	10 119 478	5 518	7 466
	2016-17	9 832 458	180 009	10 012 467	5 439	7 485
	Variation	(1,8 %)	24,0 %	(1,5 %)	(1,8 %)	(2,9 %)
5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014-15	2 369 214	22 503	2 391 717	1 209	1 817
	2015-16	2 295 592	25 943	2 321 535	1 172	1 772
	2016-17	2 245 568	19 021	2 264 589	1 147	1 727
	Variation	(5,2 %)	(15,5 %)	(5,3 %)	(5,1 %)	(5,0 %)
6 - Étudiants et stagiaires	2014-15	37 091	144	37 235	20	135
	2015-16	31 203	65	31 268	17	118
	2016-17	29 327	46	29 374	16	113
	Variation	(20,9 %)	(67,9 %)	(21,1 %)	(20,6 %)	(16,3 %)
<b>Total du personnel</b>	<b>2014-15</b>	<b>21 526 445</b>	<b>425 703</b>	<b>21 952 149</b>	<b>11 698</b>	<b>15 856</b>
	<b>2015-16</b>	<b>21 282 266</b>	<b>419 351</b>	<b>21 701 617</b>	<b>11 566</b>	<b>15 450</b>
	<b>2016-17</b>	<b>21 075 243</b>	<b>474 468</b>	<b>21 549 711</b>	<b>11 445</b>	<b>15 420</b>
	<b>Variation</b>	<b>(2,1 %)</b>	<b>11,5 %</b>	<b>(1,8 %)</b>	<b>(2,2 %)</b>	<b>(2,7 %)</b>

Pour la période d'avril 2016 à mars 2017, l'établissement rencontre la cible ministérielle des heures rémunérées, des équivalents temps complets et des individus conformément à la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs

## Les ressources financières

### 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 de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal reconnaît

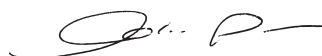
qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

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.



Yvan Gendron  
Président-directeur général



Céline Morin  
Directrice des ressources financières

## 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 2017 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 2017. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 15 juin 2017 (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 2017 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 2017.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 15 juin 2017. 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 2017 et 2016 n'ont pas été 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 2017 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

1

*Raymond Chabot Grant Thornton S.E. N.C. R. L.*

Le 20 juin 2017

---

<sup>1</sup> CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A116823

## États financiers

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

### 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	
<b>REVENUS</b>						
Subventions MSSS (FI:P408)	1	1 032 099 194	1 006 578 311	53 029 815	1 059 608 126	1 049 684 002
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2	6 021 400	5 442 345	55 990	5 498 335	5 968 153
Contributions des usagers	3	68 110 679	71 301 056	XXXX	71 301 056	68 998 001
Ventes de services et recouvrements	4	14 880 187	12 368 454	XXXX	12 368 454	14 518 941
Donations (FI:P294)	5	3 500 000	247 215	3 446 046	3 693 261	3 786 232
Revenus de placement (FI:P302)	6	858 000	759 794	50 707	810 501	857 339
Revenus de type commercial	7	3 470 960	4 009 167		4 009 167	5 863 121
Gain sur disposition (FI:P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	35 607 231	39 130 016	(35 885)	39 094 131	37 114 115
<b>TOTAL (L.01 à L.11)</b>	<b>12</b>	<b>1 164 547 651</b>	<b>1 139 836 358</b>	<b>56 546 673</b>	<b>1 196 383 031</b>	<b>1 186 789 904</b>
<b>CHARGES</b>						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	778 387 886	796 878 797	XXXX	796 878 797	792 686 243
Médicaments	14	38 370 742	38 082 040	XXXX	38 082 040	39 626 009
Produits sanguins	15	21 813 522	27 019 661	XXXX	27 019 661	24 534 375
Fournitures médicales et chirurgicales	16	44 700 266	54 018 953	XXXX	54 018 953	45 653 538
Denrées alimentaires	17	11 666 404	12 470 214	XXXX	12 470 214	12 685 041
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	69 055 667	67 431 370	XXXX	67 431 370	66 497 701
Frais financiers (FI:P325)	19	14 212 000	665 120	14 780 291	15 445 411	14 222 866
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	20 972 367	23 692 375	810 995	24 503 370	22 581 296
Créances douteuses	21	1 569 901	2 140 919	XXXX	2 140 919	2 335 540
Loyers	22	17 347 021	17 029 082	XXXX	17 029 082	17 885 445
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	37 700 000	XXXX	39 691 953	39 691 953	37 703 167
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX	2 853	2 853	105 835
Dépenses de transfert	25	4 541 428	4 001 395	XXXX	4 001 395	4 550 543
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	104 210 447	101 592 171	921 583	102 513 754	108 946 444
<b>TOTAL (L.13 à L.27)</b>	<b>28</b>	<b>1 164 547 651</b>	<b>1 145 022 097</b>	<b>56 207 675</b>	<b>1 201 229 772</b>	<b>1 190 014 043</b>
<b>SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)</b>	<b>29</b>	<b>0</b>	<b>(5 185 739)</b>	<b>338 998</b>	<b>(4 846 741)</b>	<b>(3 224 139)</b>

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.préc.
		1	2	3	4
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(55 729 407)	37 115 869	(18 613 538)	(15 389 399)
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	(55 729 407)	37 115 869	(18 613 538)	(15 389 399)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	(5 185 739)	338 998	(4 846 741)	(3 224 139)
Autres variations:					
Transferts interétablissements (préciser)	6				
Transferts interfonds (préciser)	7				
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				
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	(60 915 146)	37 454 867	(23 460 279)	(18 613 538)
Constitués des éléments suivants:					
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX		
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX	5 196 179	5 198 734
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	(28 656 458)	(23 812 272)
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	(23 460 279)	(18 613 538)

Notes



## ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
<b>ACTIFS FINANCIERS</b>					
Encaisse (découvert bancaire)	1	27 019 083	(3 352 367)	23 666 716	37 182 883
Placements temporaires	2	20 510 941	4 597 753	25 108 694	9 855 782
Débiteurs - MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	42 059 753	11 363 770	53 423 523	69 254 029
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	32 000 451	5 887 018	37 887 469	37 308 654
Avances de fonds aux établissements publics	5	XXXX			
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	(624 032)	624 032	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	76 860 714	36 932 451	113 793 165	101 830 712
Placements de portefeuille	8				22 000 000
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	2 153 290	2 153 290	1 653 198
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	2 985 786	1 064 957	4 050 743	3 721 054
<b>TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)</b>	<b>13</b>	<b>200 812 696</b>	<b>59 270 904</b>	<b>260 083 600</b>	<b>282 806 312</b>
<b>PASSIFS</b>					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14	67 500 000	43 856 288	111 356 288	201 131 668
Créditeurs - MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	97 459 683	3 582 268	101 041 951	108 431 793
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	17	XXXX	771 550	771 550	
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18	43 233	3 197 096	3 240 329	3 161 196
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	20 495 472	28 918 110	49 413 582	48 668 562
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	535 718 183	535 718 183	457 880 250
Passif au titre des sites contaminés (FI: P401)	22	XXXX	8 172 800	8 172 800	7 251 389
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	92 013 551	XXXX	92 013 551	91 129 039
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	888 482		888 482	988 263
<b>TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)</b>	<b>26</b>	<b>278 400 421</b>	<b>624 216 295</b>	<b>902 616 716</b>	<b>918 642 160</b>
<b>ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)</b>	<b>27</b>	<b>(77 587 725)</b>	<b>(564 945 391)</b>	<b>(642 533 116)</b>	<b>(635 835 848)</b>
<b>ACTIFS NON FINANCIERS</b>					
Immobilisations (FI: P423)	28	XXXX	602 400 258	602 400 258	605 138 113
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	10 439 479	XXXX	10 439 479	9 345 604
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	6 233 100		6 233 100	2 738 593
<b>TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)</b>	<b>31</b>	<b>16 672 579</b>	<b>602 400 258</b>	<b>619 072 837</b>	<b>617 222 310</b>
<b>CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT</b>	<b>32</b>		XXXX		
<b>SURPLUS (DEFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)</b>	<b>33</b>	<b>(60 915 146)</b>	<b>37 454 867</b>	<b>(23 460 279)</b>	<b>(18 613 538)</b>

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	(70 670 440)	(69 109 329)	(566 726 519)	(635 835 848)	(608 302 225)
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	(70 670 440)	(69 109 329)	(566 726 519)	(635 835 848)	(608 302 225)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5		(5 185 739)	338 998	(4 846 741)	(3 224 139)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (FI:P421)	6	(16 680 881)	XXXX	(36 949 713)	(36 949 713)	(65 299 542)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	7	37 700 000	XXXX	39 691 953	39 691 953	37 703 167
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)	8		XXXX	2 853	2 853	105 835
Produits sur dispositions (FI:P208)	9		XXXX			27 636
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)	10		XXXX			
Ajustements des immobilisations	11		XXXX	(7 238)	(7 238)	
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14	21 019 119	XXXX	2 737 855	2 737 855	(27 462 904)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15		(10 439 479)	XXXX	(10 439 479)	(24 047 764)
Acquisition de frais payés d'avance	16		(6 233 100)		(6 233 100)	(2 988 074)
Utilisation de stocks de fournitures	17		9 345 604	XXXX	9 345 604	23 713 001
Utilisation de frais payés d'avance	18		2 738 593		2 738 593	6 476 257
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	19		(4 588 382)		(4 588 382)	3 153 420
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21	21 019 119	(9 774 121)	3 076 853	(6 697 268)	(27 533 623)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22	(49 651 321)	(78 883 450)	(563 649 666)	(642 533 116)	(635 835 848)

## ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
<b>ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT</b>				
Surplus (déficit) de l'exercice	1	(4 846 741)	(3 224 139)	
<b>ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:</b>				
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2			
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	(4 588 382)	3 153 420	
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4	2 853	105 835	
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5			
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:				
- Gouvernement du Canada	6	(55 990)	(59 753)	
- Autres	7	(3 488 384)	(746 389)	
Amortissement des immobilisations	8	39 691 953	37 703 167	
Réduction pour moins-value des immobilisations	9			
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	354 447	289 905	
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11			
Subventions MSSS	12	(11 992 710)	(5 200 210)	
Autres (préciser P297)	13	(7 237)	27 193	14
<b>TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)</b>	14	19 916 550	35 273 168	
Variation des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement	15	13 554 096	(43 666 625)	
<b>FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)</b>	16	28 623 905	(11 617 596)	
<b>ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS</b>				
Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations	17	(36 949 713)	(65 299 542)	
Produits de disposition d'immobilisations	18		27 636	
<b>FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)</b>	19	(36 949 713)	(65 271 906)	
<b>ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT</b>				
Variation des placements temporaires dont l'échéance est supérieure à 3 mois	20			
Placements de portefeuille effectués	21		(10 000 000)	
Produits de disposition de placements de portefeuille	22			
Placements de portefeuille réalisés	23	22 000 000	5 000 000	
<b>FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)</b>	24	22 000 000	(5 000 000)	

## ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
<b>ACTIVITÉS DE FINANCEMENT</b>				
Dettes à long terme - Emprunts effectués	1	131 332 287	51 419 221	
Dettes à long terme - Emprunts remboursés	2	(53 494 354)	(24 665 274)	
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	3		(42 062)	
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	4	(18 500 000)	(300 000)	
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	5	112 871 769	94 131 356	
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	6	(184 147 149)	(50 517 501)	
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	7			
Autres (préciser P297)	8			
<b>FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.08)</b>	<b>9</b>	<b>(11 937 447)</b>	<b>70 025 740</b>	
<b>AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.09)</b>	<b>10</b>	<b>1 736 745</b>	<b>(11 863 762)</b>	
<b>TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT</b>	<b>11</b>	<b>47 038 665</b>	<b>58 902 427</b>	
<b>TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.10 + L.11)</b>	<b>12</b>	<b>48 775 410</b>	<b>47 038 665</b>	
<b>TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:</b>				
Encaisse	13	23 666 716	37 182 883	
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois	14	25 108 694	9 855 782	
<b>TOTAL (L.13 + L.14)</b>	<b>15</b>	<b>48 775 410</b>	<b>47 038 665</b>	

## ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Notes
<b>VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:</b>				
Débiteurs - MSSS	1	15 830 506	13 371 981	
Autres débiteurs	2	(578 815)	(6 749 803)	
Avances de fonds aux établissements publics	3			
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	4	30 257	134 435	
Frais reportés liés aux dettes	5	(854 539)	(221 483)	
Autres éléments d'actifs	6	(329 689)	193 115	
Créditeurs - MSSS	7			
Autres créditeurs et autres charges à payer	8	(7 389 842)	(15 559 404)	
Avances de fonds - enveloppes décentralisées	9	771 550	(32 659 936)	
Intérêts courus à payer	10	79 133	(212 662)	
Revenus reportés	11	4 289 393	(3 655 683)	
Passif au titre des sites contaminés	12	921 411	(84 002)	
Passif au titre des avantages sociaux futurs	13	884 512	1 527 797	
Autres éléments de passifs	14	(99 781)	249 020	
<b>TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.14)</b>	<b>15</b>	<b>13 554 096</b>	<b>(43 666 625)</b>	
<b>AUTRES RENSEIGNEMENTS:</b>				
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	16		6 554 363	
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	17			
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie (préciser P297)	18			
<b>Intérêts:</b>				
Intérêts créditeurs (revenus)	19	3 190 970	2 483 193	
Intérêts encaissés (revenus)	20	10 078 892	7 670 239	
Intérêts débiteurs (dépenses)	21	3 197 096	7 702 873	
Intérêts déboursés (dépenses)	22	14 425 844	12 483 098	

## ÉTAT DES RÉSULTATS

	Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent	
	1	2	3	4	5	
<b>REVENUS</b>						
Subventions MSSS (P362)	1	984 362 194	1 006 292 734	285 577	1 006 578 311	1 001 302 454
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2	5 961 400		5 442 345	5 442 345	5 908 400
Contributions des usagers (P301)	3	68 110 679	71 301 056	XXXX	71 301 056	68 998 001
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	14 880 187	12 368 454	XXXX	12 368 454	14 518 941
Donations (C2:P290/C3:P291)	5		247 215		247 215	260 734
Revenus de placement (P302)	6	800 000	759 794		759 794	799 380
Revenus de type commercial (C2:P661/C3:P351)	7	3 470 960		4 009 167	4 009 167	5 863 121
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	34 687 231	4 885 229	34 244 787	39 130 016	36 184 681
<b>TOTAL (L.01 à L.11)</b>	<b>12</b>	<b>1 112 272 651</b>	<b>1 095 854 482</b>	<b>43 981 876</b>	<b>1 139 836 358</b>	<b>1 133 835 712</b>
<b>CHARGES</b>						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	778 387 886	769 058 765	27 820 032	796 878 797	792 686 243
Médicaments (P750)	14	38 370 742	38 082 040	XXXX	38 082 040	39 626 009
Produits sanguins	15	21 813 522	27 019 661	XXXX	27 019 661	24 534 375
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	44 700 266	54 018 953	XXXX	54 018 953	45 653 538
Denrées alimentaires	17	11 666 404	12 470 214	XXXX	12 470 214	12 685 041
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	69 055 667	67 431 370	XXXX	67 431 370	66 497 701
Frais financiers (P325)	19	812 000	665 120	XXXX	665 120	828 436
Entretien et réparations (P325)	20	19 797 367	22 986 179	706 196	23 692 375	21 406 505
Créances douteuses (C2:P301)	21	1 569 901	2 140 919		2 140 919	2 335 540
Loyers	22	17 347 021	16 603 711	425 371	17 029 082	17 885 445
Dépenses de transfert (P325)	23	4 541 428	4 001 395		4 001 395	4 550 543
Autres charges (P325)	24	104 210 447	90 322 425	11 269 746	101 592 171	109 030 446
<b>TOTAL (L.13 à L.24)</b>	<b>25</b>	<b>1 112 272 651</b>	<b>1 104 800 752</b>	<b>40 221 345</b>	<b>1 145 022 097</b>	<b>1 137 719 822</b>
<b>SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)</b>	<b>26</b>	<b>0</b>	<b>(8 946 270)</b>	<b>3 760 531</b>	<b>(5 185 739)</b>	<b>(3 884 110)</b>

## CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1 - C.2) 3
<b>SANTÉ PUBLIQUE</b>				
4110 Développement, adaptation et intégration sociale	1	3 819 165	3 301 394	517 771
4120 Habitudes de vie et maladies chroniques	2	514 238	508 512	5 726
4130 Maladies infectieuses	3	4 326 271	3 520 277	805 994
4140 Autres activités de santé publique	4	38 034	29 268	8 766
4150 Soutien au développement des communautés et à l'action intersectorielle	5	3 286 125	3 412 447	(126 322)
4160 Promotion et soutien des pratiques cliniques préventives	6	94 215	113 289	(19 074)
6540 Services dentaires préventifs	7	807 799	840 222	(32 423)
6761 Surveillance continue de l'état de santé de la population	8			
6762 Prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes	9			
6763 Promotion de la santé et du bien-être	10			
6764 Protection de la santé	11			
6765 Fonctions de soutien	12			
7157 Gestion et soutien aux programmes santé publique	13	454 566	684 460	(229 894)
7984 Activités spéciales - Santé publique	14			
7995 Lutte à une pandémie d'influenza	15			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	16	3 779	8 247	(4 468)
Charges non réparties par programmes-services	17	4 980	2 851	2 129
Transfert de frais généraux	18			
<b>TOTAL - SANTÉ PUBLIQUE (L.01 à L.18)</b>	<b>19</b>	<b>13 349 172</b>	<b>12 420 967</b>	<b>928 205</b>

## SERVICES GÉNÉRAUX - ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE

5921 Intervention de crise dans le milieu 24/7 - Services sociaux généraux	20	1 180 733	XXXX	XXXX
5960 Autres services téléphoniques régionaux	21	689 212	633 057	56 155
5970 Consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-social)	22			
5980 Services infirmiers dans les groupes de médecine de famille ou de cliniques-réseau	23	3 394 476	3 926 496	(532 020)
5990 Pratique des sages-femmes	24			
6090 Info santé 8-1-1	25			
6304 Unité de médecine familiale-Groupe de médecine de famille universitaire (UMF/GMF-U)	26	864 921	889 055	(24 134)
6308 Services de santé courants (hors territoire)	27	XXXX	61 865	XXXX
6460 Services aux revendicateurs du statut de réfugié	28			
6510 Santé parentale et infantile	29	3 202 028	3 179 595	22 433
6562 Services psychosociaux - Autres que SAD	30	XXXX	3 832 453	XXXX
6568 Services psychosociaux (hors territoire)	31	XXXX	222 613	XXXX
6590 Santé scolaire	32	526 789	1 512 017	(985 228)
6720 Accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) - Services sociaux généraux	33	3 331 112	XXXX	XXXX
6730 Consultation sociale et psychologique de courte durée	34	738 903	XXXX	XXXX
6740 Volet psychosocial en contexte de sécurité civile	35		XXXX	XXXX
7154 Gestion et soutien d'une centrale	36			
7981 Activités spéciales - Services généraux	37			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	38	17 176 456	16 185 355	991 101
Charges non réparties par programmes-services	39	4 293 908	4 555 614	(261 706)
Transfert de frais généraux	40			
<b>TOTAL - SERVICES GÉNÉRAUX - ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE (L.20 à L.40)</b>	<b>41</b>	<b>35 398 538</b>	<b>34 998 120</b>	<b>(733 399)</b>



## CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1 - C.2) 3
<b>SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES</b>				
5514 Ressources intermédiaires - Soutien à l'autonomie des personnes âgées	1	14 414 734	14 137 405	277 329
5534 Résidences d'accueil - Soutien à l'autonomie des personnes âgées	2	973 023	1 035 439	(62 416)
5544 Autres ressources - Soutien à l'autonomie des personnes âgées	3	5 095 036	4 646 573	448 463
5554 Suivi professionnel des usagers en RI-RTF-SAPA	4	171 015	144 884	26 131
6058 Gériatrie active	5	4 042 371	4 037 733	4 638
6060 Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie	6	48 541 201	48 739 798	(198 597)
6160 Soins d'assistance aux personnes en perte d'autonomie	7	59 991 047	61 028 607	(1 037 560)
6174 Soins infirmiers à domicile continus	8	1 345 034	1 413 793	(68 759)
6290 Hôpital de jour gériatrique	9	80 176	178 952	(98 776)
6380 Services ambulatoires en psychogériatrie	10	356 443	405 367	(48 924)
6532 Aide à domicile continue	11			
6960 Centre de jour pour personnes en perte d'autonomie	12	2 278 408	2 520 955	(242 547)
6988 Foyers de groupe - Perte d'autonomie liée au vieillissement	13			
7120 Intervention communautaire - Service à domicile	14			
7985 Activités spéciales - Soutien à l'autonomie des personnes âgées	15			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	16	62 014 204	62 561 509	(547 305)
Charges non réparties par programmes-services	17	399 913	166 554	233 359
Transfert de frais généraux	18			
<b>TOTAL - SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (L.01 à L.18)</b>	<b>19</b>	<b>199 702 605</b>	<b>201 017 569</b>	<b>(1 314 964)</b>

## CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1 - C.2) 3
<b>DÉFICIENCE PHYSIQUE</b>				
5517 Ressources intermédiaires - Déficience physique	1			
5527 Familles d'accueil - Déficience physique	2			
5537 Résidences d'accueil - Déficience physique	3			
5547 Autres ressources - Déficience physique	4			
5557 Suivi professionnel des usagers en RI-RTF-DP	5			
6321 Unité de retraitement des dispositifs médicaux - Déficience motrice	6			
6801 Pharmacie - Déficience motrice	7			
6973 Centre de jour - Déficience physique	8			
6984 Foyers de groupe - Déficience physique	9			
7012 Atelier du travail - Déficience physique	10			
7022 Support des stages en milieu de travail - Déficience physique	11			
7032 Intégration à l'emploi - Déficience physique	12			
7042 Ressources résidentielles - Assistance résidentielle continue (déficience physique)	13			
7052 Ressources résidentielles avec allocations pour assistance résidentielle continue - Déficience physique	14			
7081 Soutien aux familles de personnes ayant une déficience physique	15	714 815	895 498	(180 683)
7108 Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches - Déficience physique	16	398 499	454 051	(55 552)
7391 Déplacement des personnes ayant une déficience physique	17			
7987 Activités spéciales - Déficience physique	18			
8002 Evaluation, expertise et orientation - Déficience physique	19			
8010 Plan de services individualisé - Déficience physique	20			
8060 Adaptation / réadaptation - Déficience visuelle	21			
8070 Adaptation / réadaptation - Déficience auditive	22			
8080 Adaptation / réadaptation - Déficience du langage et de la parole	23			
8090 Unité de réadaptation fonctionnelle intensive en centre de réadaptation pour déficience physique	24			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	25	16 261 057	14 922 429	1 338 628
Charges non réparties par programmes-services	26	3 848	3 548	300
Transfert de frais généraux	27			
<b>TOTAL - DÉFICIENCE PHYSIQUE (L.01 À L.27)</b>	<b>28</b>	<b>17 378 219</b>	<b>16 275 526</b>	<b>1 102 693</b>

## CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1 - C.2) 3
<b>DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TSA</b>				
5516 Ressources intermédiaires - DI et TSA	1			
5526 Familles d'accueil - DI et TSA	2			
5536 Résidences d'accueil - DI et TSA	3			
5546 Autres ressources - DI et TSA	4			
5556 Suivi professionnel des usagers en RI-RTF - DI et TSA	5			
6910 Services d'assistance éducative spécialisée à la famille et aux proches - DI et TSA	6			
6920 Services de soutien spécialisé aux partenaires - DI et TSA	7			
6945 Internat - DI et TSA	8			
6983 Foyers de groupe - DI et TSA	9	XXXX		XXXX
7001 Services d'adaptation et de réadaptation en contexte d'intégration communautaire - DI et TSA	10			
7011 Atelier de travail - DI et TSA	11			
7024 Support des stages individuels - DI et TSA	12			
7025 Support des plateaux de travail - DI et TSA	13			
7031 Intégration à l'emploi - DI et TSA	14			
7041 Ressources résidentielles - Assistance résidentielle continue (DI et TSA)	15			
7051 Ressources résidentielles avec allocations pour assistance résidentielle continue - DI et TSA	16			
7082 Soutien aux familles des personnes présentant une déficience intellectuelle - allocations	17	954 070	969 292	(15 222)
7083 Soutien aux familles de personnes ayant un TSA - Allocations	18	1 052 098	1 067 623	(15 525)
7101 Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches - DI et TSA	19	4 078 779	2 733 739	1 345 040
7180 Soutien aux programmes - CRDI	20			
7392 Déplacement des personnes présentant une déficience intellectuelle	21			
7986 Activités spéciales - DI et TSA	22			
8001 Accueil, évaluation et orientation - DI et TSA	23			
8050 Services d'adaptation et de réadaptation à la personne - DI et TSA	24			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	25	3 345 274	3 352 987	(7 713)
Charges non réparties par programmes-services	26	2 263	1 102	1 161
Transfert de frais généraux	27			
<b>TOTAL - DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TSA (L.01 à L.27)</b>	<b>28</b>	<b>9 432 484</b>	<b>8 124 743</b>	<b>1 307 741</b>

## CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Exercice courant	Exercice précédent	Variation (C.1 - C.2)
		1	2	3
<b>JEUNES EN DIFFICULTÉ</b>				
5100 Accueil à la jeunesse (LPJ - LSJPA - LSSSS)	1			
5200 Evaluation/orientation et accès (LPJ - LSJPA - LSSSS)	2			
5400 Assistance et support aux jeunes et à la famille (LPJ - LSJPA - LSSSS)	3			
5501 Unités de vie pour jeunes - Ouverte	4			
5502 Unités de vie pour jeunes - Fermée (LPJ - LSJPA)	5			
5505 Unités de vie ouvertes pour jeunes mères en difficulté d'adaptation (LPJ - LSSSS)	6			
5511 Ressources intermédiaires - Jeunes en difficulté	7			
5521 Familles d'accueil - Jeunes en difficulté	8			
5541 Autres ressources - Jeunes en difficulté	9			
5580 Postulants familles d'accueil de proximité - Jeunes en difficulté	10			
5590 Tutelle à un enfant	11			
5600 Services externes (LPJ - LSJPA - LSSSS)	12			
5700 Révision des mesures (LPJ)	13			
5810 Expertise à la Cour supérieure (LSSSS)	14			
5820 Médiation familiale (LSSSS)	15			
5830 Recherche d'antécédents et retrouvailles (LSSSS)	16			
5850 Contentieux (LPJ - LSJPA - LSSSS)	17			
5860 Santé des jeunes (LPJ - LSJPA - LSSSS)	18			
5870 Adoption (LSSSS)	19			
5910 Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille	20	6 482 637	7 191 878	(709 241)
6989 Foyers de groupe - Jeunes en difficulté (LPJ - LSJPA - LSSSS)	21			
7989 Activités spéciales - Jeunes en difficulté	22			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	23	974 587	834 260	140 327
Charges non réparties par programmes-services	24	4 074	1 656	2 418
Transfert de frais généraux	25			
<b>TOTAL - JEUNES EN DIFFICULTÉ (L.01 à L.25)</b>	<b>26</b>	<b>7 461 298</b>	<b>8 027 794</b>	<b>(566 496)</b>

**DÉPENDANCES**

5515 Ressources intermédiaires - Dépendances	27			
5525 Familles d'accueil - Dépendances	28			
5535 Résidences d'accueil - Dépendances	29			
5545 Autres ressources - Dépendances	30			
6340 Désintoxication interne en milieu hospitalier	31			
6670 Services spécialisés en toxicomanie - Usagers admis	32			
6680 Services externes en toxicomanie	33	492 436	165 343	327 093
6690 Unité d'intervention brève de traitement en toxicomanie	34			
7988 Activités spéciales - Dépendances	35			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	36			
Charges non réparties par programmes-services	37		47	(47)
Transfert de frais généraux	38			
<b>TOTAL - DÉPENDANCES (L.27 à L.38)</b>	<b>39</b>	<b>492 436</b>	<b>165 390</b>	<b>327 046</b>

## CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1 - C.2) 3
<b>SANTÉ MENTALE</b>				
5410 Soutien aux services de santé mentale (LSSSS)	1			
5504 Unités de vie ouvertes pour jeunes - Santé mentale	2			
5513 Ressources intermédiaires - Santé mentale	3	30 314 631	30 089 546	225 085
5523 Familles d'accueil - Santé mentale	4			
5533 Résidences d'accueil - Santé mentale	5	8 856 770	8 984 366	(127 596)
5543 Autres ressources - Santé mentale	6	7 855 281	7 692 132	163 149
5553 Suivi professionnel des usagers en RI-RTF-SM	7	2 269 679	2 417 591	(147 912)
5920 Intervention et suivi de crise	8	XXXX	2 755 223	XXXX
5922 Intervention et suivi de crise - Santé mentale	9	1 749 942	XXXX	XXXX
5930 Services ambulatoires de santé mentale en première ligne	10	9 325 010	8 875 762	449 248
5940 Soutien dans la communauté aux personnes souffrant d'un trouble mental grave	11	3 469 943	2 882 889	587 054
6010 Unités d'hospitalisation en pédopsychiatrie (0-17 ans)	12			
6020 Unités d'hospitalisation en psychiatrie pour adultes	13	28 919 953	27 877 964	1 041 989
6030 Unités d'hospitalisation en gériopsychiatrie	14	2 745 944	2 579 027	166 917
6100 Psychiatrie légale	15	2 915 047	5 121 078	(2 206 031)
6172 Soins infirmiers à domicile (santé mentale)	16	1 237 286	1 359 700	(122 414)
6270 Unité d'hébergement et de soins de longue durée aux adultes avec diagnostic psychiatrique	17	5 318 218	6 720 675	(1 402 457)
6280 Hôpital de jour en santé mentale	18	233 034	298 500	(65 466)
6330 Services d'évaluation et de traitement de deuxième et troisième ligne en santé mentale	19	13 229 060	13 189 916	39 144
6977 Centre de jour en santé mentale - Jeunes (0-17 ans)	20			
6978 Centre de jour en santé mentale - Adultes (18-100 ans)	21			
6985 Foyers de groupe en santé mentale - Jeunes (0-17 ans)	22			
6986 Foyers de groupe en santé mentale - Adultes (18 - 100 ans)	23	15 136 124	13 748 678	1 387 446
7002 Centre pour activités de jour - Santé mentale	24			
7013 Atelier de travail - Santé mentale	25			
7023 Support des stages en milieu de travail - Santé mentale	26			
7033 Intégration à l'emploi - Santé mentale	27	878 646	822 686	55 960
7043 Ressources résidentielles - Assistance résidentielle continue (santé mentale)	28			
7053 Ressources résidentielles avec allocations pour assistance résidentielle continue - Santé mentale	29			
7105 Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches - Santé mentale	30			
7983 Activités spéciales - Santé mentale	31			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	32	20 430 723	19 784 776	645 947
Charges non réparties par programmes-services	33	92 073	200 892	(108 819)
Transfert de frais généraux	34	(1 142)	(82)	(1 060)
<b>TOTAL - SANTÉ MENTALE (L.01 à L.34)</b>	<b>35</b>	<b>154 976 222</b>	<b>155 401 319</b>	<b>580 184</b>

**SANTÉ PHYSIQUE**

5512 Ressources intermédiaires - Santé physique	36			
5532 Résidences d'accueil - Santé physique	37			
5542 Autres ressources - Santé physique	38			
5552 Suivi professionnel des usagers en RI-RTF-SPH	39			
6053 Soins intensifs	40	13 633 774	13 080 604	553 170
6055 Pédiatrie	41	1 857 034	1 637 181	219 853
6057 Unité des grands brûlés	42			
6070 Chirurgie d'un jour	43	3 063 352	2 334 237	729 115
6171 Soins infirmiers spécialisés à domicile (santé physique)	44	3 265 814	3 342 343	(76 529)
<b>SOUS-TOTAL (L.36 à L.44)</b>	<b>45</b>	<b>21 819 974</b>	<b>20 394 365</b>	<b>1 425 609</b>

## CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1 - C.2) 3	
SANTÉ PHYSIQUE (suite)					
	Sous-total reporté (p.700-05, L.45)	1	21 819 974	20 394 365	1 425 609
6180 Hôtellerie hospitalière	2				
6200 Soins spécialisés aux nouveau-nés (néonatalogie)	3	4 440 630	4 125 190	315 440	
6250 Nutrition parentérale totale à domicile	4				
6260 Bloc opératoire	5	39 080 181	37 322 998	1 757 183	
6302 Consultations externes spécialisées	6	8 852 791	9 225 068	(372 277)	
6303 Planification familiale	7	81 342	71 590	9 752	
6309 Consultation et suivi de la procréation assistée	8				
6322 Unité de retraitement des dispositifs médicaux - CLSC et CH	9	3 469 539	3 058 438	411 101	
6352 Inhalothérapie - Autres	10	6 998 559	6 752 335	246 224	
6360 Centre de soins à la mère et au nouveau-né	11	7 391 052	6 846 374	544 678	
6550 Services dentaires curatifs	12	238 834	84 025	154 809	
6601 Banque de sang	13	1 647 294	1 395 776	251 518	
6602 Dépistage prénatal de la trisomie 21	14				
6604 Anatomopathologie	15	4 172 064	4 103 559	68 505	
6605 Cytologie	16	1 123 999	1 046 445	77 554	
6607 Laboratoires regroupés	17	26 138 740	27 323 034	(1 184 294)	
6608 Dépistage néonatal	18				
6609 Génétique médicale	19	1 610 058	1 398 691	211 367	
6610 Physiologie respiratoire	20	1 098 894	1 118 565	(19 671)	
6620 Sécurité transfusionnelle et produits sanguins	21	27 440 829	24 961 761	2 479 068	
6650 Chambre hyperbare	22				
6710 Électrophysiologie	23	2 007 513	2 023 869	(16 356)	
6750 Hémodynamie et électrophysiologie interventionnelle	24	2 975 720	3 396 329	(420 609)	
6770 Endoscopie	25	3 893 642	3 737 407	156 235	
6780 Médecine nucléaire et TEP	26	4 872 083	4 300 647	571 436	
6790 Dialyse	27	13 021 281	12 840 300	180 981	
6806 Pharmacie en CLSC	28	44 857	107 867	(63 010)	
6830 Imagerie médicale	29	19 234 012	18 793 198	440 814	
6840 Radio-oncologie	30	10 392 142	9 643 646	748 496	
6861 Audiologie	31	349 517	384 914	(35 397)	
6863 Audiologie et orthophonie - Autres en CLSC	32				
6864 Audiologie et orthophonie à domicile	33				
6865 Orthophonie pour enfants en CLSC	34	133 318	442 614	(309 296)	
6900 Réinsertion et intégration sociales (santé physique)	35				
7060 Services d'oncologie et d'hématologie	36	6 338 933	6 233 212	105 721	
7090 L'unité de médecine de jour	37	4 770 379	5 534 372	(763 993)	
7395 Déplacement des personnes en hémodialyse	38	21 762	62 829	(41 067)	
7400 Déplacement des usagers	39	4 925 674	4 982 436	(56 762)	
7553 Nutrition clinique	40	3 308 846	3 220 320	88 526	
7982 Activités spéciales - Santé physique	41				
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	42	179 479 901	178 466 087	1 013 814	
Charges non réparties par programmes-services	43	2 385 572	5 293 508	(2 907 936)	
Transfert de frais généraux	44				
TOTAL - SANTÉ PHYSIQUE (L.01 à L.44)	45	413 759 932	408 691 769	5 068 163	

## CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation (C.1 - C.2) 3
<b>ADMINISTRATION</b>				
6766 Direction, coordination et soutien administratif	1	609 013	434 105	174 908
7300 Administration générale	2	49 875 099	46 176 614	3 698 485
7320 Administration des services techniques	3	2 046 027	1 740 108	305 919
7340 Informatique	4	11 283 731	9 870 584	1 413 147
7900 Personnel bénéficiant de mesures de sécurité et de stabilité d'emploi	5	2 618 601	6 268 603	(3 650 002)
7930 Personnel en prêt de service	6			
7992 Activités spéciales - Administration	7			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	8	XXXX	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	9	3 076 357	3 624 978	(548 621)
Transfert de frais généraux	10	(2 620)	(4 750)	2 130
TOTAL - ADMINISTRATION (L.01 à L.10)	11	69 506 208	68 110 242	1 395 966
<b>SOUTIEN AUX SERVICES</b>				
5900 Administration des services à la clientèle (LPJ - LSJPA - LSSSS)	12			
6000 Administration des soins	13	17 438 801	16 573 537	865 264
7200 Enseignement	14	3 352 142	3 058 752	293 390
7210 Réseau d'enseignement universitaire	15			
7350 Gestion de l'information	16			
7530 Réception - Archives - Télécommunications	17	27 797 973	26 115 372	1 682 601
7551 Alimentation - Internat pour personnes ayant une déficience physique	18			
7552 Alimentation - Internat pour personnes ayant une déficience intellectuelle	19			
7554 Alimentation - Autres	20	38 845 049	39 500 761	(655 712)
7600 Buanderie et lingerie	21	11 629 798	11 625 690	4 108
7930 Personnel en prêt de service	22			
7993 Activités spéciales - Soutien aux services	23			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	24	XXXX	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	25	507 991	942 176	(434 185)
Transfert de frais généraux	26		(2 275)	2 275
TOTAL - SOUTIEN AUX SERVICES (L.12 à L.26)	27	99 571 754	97 814 013	1 757 741
<b>GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS</b>				
7640 Hygiène et salubrité	28	25 336 998	24 816 872	520 126
7650 Gestion des déchets biomédicaux	29	706 846	822 436	(115 590)
7700 Fonctionnement des installations	30	27 632 015	29 834 602	(2 202 587)
7710 Sécurité	31	5 915 828	5 740 087	175 741
7800 Entretien et réparation du parc immobilier et du mobilier/Équipement	32	24 224 015	24 265 650	(41 635)
7930 Personnel en prêt de service	33			
7994 Activités spéciales - Gestion des bâtiments et des équipements	34			
c/a non exclusifs répartis par programmes-services	35	XXXX	XXXX	XXXX
Charges non réparties par programmes-services	36	33 499	749 768	(716 269)
Transfert de frais généraux	37	(77 317)	(82 346)	5 029
TOTAL - GESTION DES BÂTIMENTS ET DES ÉQUIPEMENTS (L.28 à L.37)	38	83 771 884	86 147 069	(2 375 185)
<b>GRAND TOTAL PAR PROGRAMMES-SERVICES</b>	<b>39</b>	<b>1 104 800 752</b>	<b>1 097 194 521</b>	<b>7 606 231</b>
(P.700-00, L.19 + L.41) + (P.700-01, L.19) + (P.700-02, L.28) + (P.700-03, L.28) + (P.700-04, L.26 + L.39) + (P.700-05, L.35) + (P.700-06, L.45) + (P.700-07, L.11 + L.27 + L.38)				



## RÉPARTITION DES CENTRES D'ACTIVITÉS NON EXCLUSIFS PAR PROGRAMMES-SERVICES

		SPUB 1	SG 2	SAPA 3	DP 4	DITSA 5	Sous-total (C1 à C5) 6
5950 Formation donnée par le personnel infirmier	1	XXXX	51 583	31 793	XXXX	XXXX	83 376
6051 Médecine	2	XXXX	XXXX			XXXX	
6052 Chirurgie	3	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
6056 Médecine et chirurgie (non réparti)	4	XXXX	XXXX	891 481		XXXX	891 481
6080 Soins infirmiers et d'assistance en U.R.F.I.	5	XXXX	XXXX	XXXX		XXXX	
6173 Soins infirmiers à domicile réguliers (non répartis)	6	3 779	3 469 062	11 828 066	1 980 162	128 484	17 409 553
	7	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
6240 L'urgence	8	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
6307 Services de santé courants	9	XXXX	6 075 001	XXXX	XXXX	XXXX	6 075 001
6351 Inhalothérapie à domicile	10	XXXX	XXXX			XXXX	
6370 Enseignement scolaire	11	XXXX	XXXX	XXXX			
6390 Service de soins spirituels	12	XXXX	XXXX	419 532		XXXX	419 532
6430 Encadrement des ressources	13	XXXX	XXXX	389 125			389 125
6531 Aide à domicile régulière	14	XXXX	124 250	20 843 765	9 698 210	2 582 384	33 248 609
6561 Services psycho. à domicile	15	XXXX	206 126	7 461 012	1 162 217	4 601	8 833 956
6564 Psychologie	16	XXXX	113 778	150 487		XXXX	264 265
6565 Services sociaux	17	XXXX	XXXX	903 772		XXXX	903 772
6606 Centre de prélèvements	18	XXXX	2 352 177	XXXX	XXXX	XXXX	2 352 177
6803 Pharm. - Usag. ext. en CH	19	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
6804 Pharm. - Usag. hospitalisés	20	XXXX	XXXX	567 681		XXXX	567 681
6805 Pharmacie - Usagers hébergés	21	XXXX	XXXX	7 170 512		XXXX	7 170 512
6862 Orthophonie	22	XXXX	XXXX	XXXX		XXXX	
6870 Physiothérapie	23	XXXX	XXXX	1 958 819		XXXX	1 958 819
6880 Ergothérapie	24	XXXX	XXXX	1 499 661		XXXX	1 499 661
6890 Animation-Loisirs	25	XXXX	XXXX	1 868 752		XXXX	1 868 752
6946 Internat - Déf. physique	26	XXXX	XXXX	XXXX		XXXX	
7107 Adap. soutien pers., famille et proches - Jeunes multiprob.	27	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX		
7111 Nutrition à domicile	28	XXXX	33 740	238 910	68 104	XXXX	340 754
7112 Nutrition - Autres	29	XXXX	692 683	XXXX	XXXX	XXXX	692 683
7151 Gestion et soutien des services à domicile	30	XXXX	280 913	2 294 337	845 732	255 259	3 676 241
7152 Gestion et soutien aux autres programmes	31	XXXX	2 308 503		63 537	310 624	2 682 664
7153 Centre de réadaptation (Toxicomanes, DP)	32	XXXX	XXXX	XXXX		XXXX	
7158 Gestion et soutien aux programmes (hors-territoire)	33						
7161 Ergothérapie à domicile	34	XXXX	40 084	1 654 103	2 176 474	63 111	3 933 772
7162 Physiothérapie à domicile	35	XXXX	1 428 556	931 279	266 621	811	2 627 267
7163 Prêt d'équipement aux usagers des services à domicile	36	XXXX					
7690 Transport externe usagers	37	XXXX	XXXX	697 204			697 204
7910 Besoins spéciaux	38	XXXX	XXXX	93 153	XXXX	XXXX	93 153
7930 Personnel en prêt de serv.	39			120 760			120 760
8020 Réadap. adultes - Déf. motr.	40	XXXX	XXXX	XXXX		XXXX	
8030 Réadap. enfants - Déf. motr.	41	XXXX	XXXX	XXXX		XXXX	
8040 Adap./intégr. sociales et adap. prof. - Déf. motrice	42	XXXX	XXXX	XXXX		XXXX	
TOTAL (L.01 à L.42)	43	3 779	17 176 456	62 014 204	16 261 057	3 345 274	98 800 770

## RÉPARTITION DES CENTRES D'ACTIVITÉS NON EXCLUSIFS PAR PROGRAMMES-SERVICES

		Sous-total reporté 1	JD 2	Dép 3	SM 4	SPH 5	Total (C.1 à C.5) 6
5950 Formation donnée par le personnel infirmier	1	83 376	XXXX	XXXX	116 142	1 422 577	1 622 095
6051 Médecine	2		XXXX	XXXX	XXXX		
6052 Chirurgie	3		XXXX	XXXX	XXXX		
6056 Médecine et chirurgie (non réparti)	4	891 481	XXXX	XXXX	XXXX	83 210 514	84 101 995
6080 Soins infirmiers et d'assistance en U.R.F.I.	5		XXXX	XXXX	XXXX	1 673 849	1 673 849
6173 Soins infirmiers à domicile réguliers (non répartis)	6	17 409 553	XXXX	XXXX	130 373	1 354 748	18 894 674
	7	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
6240 L'urgence	8	XXXX	XXXX	XXXX	3 668 590	27 713 701	31 382 291
6307 Services de santé courants	9	6 075 001	XXXX	XXXX	XXXX	1 478 152	7 553 153
6351 Inhalothérapie à domicile	10		XXXX	XXXX	XXXX	3 748 528	3 748 528
6370 Enseignement scolaire	11		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
6390 Service de soins spirituels	12	419 532	XXXX	XXXX	17 683	498 404	935 619
6430 Encadrement des ressources	13	389 125			2 044 425		2 433 550
6531 Aide à domicile régulière	14	33 248 609	XXXX	XXXX	53 730	278 722	33 581 061
6561 Services psycho. à domicile	15	8 833 956	XXXX	XXXX	31 287	336 795	9 202 038
6564 Psychologie	16	264 265	XXXX	XXXX	614 185	1 268 300	2 146 750
6565 Services sociaux	17	903 772	XXXX	XXXX	1 270 781	3 113 757	5 288 310
6606 Centre de prélèvements	18	2 352 177	XXXX	XXXX	XXXX	1 325 398	3 677 575
6803 Pharm. - Usag. ext. en CH	19		XXXX	XXXX	162 275	17 670 174	17 832 449
6804 Pharm. - Usag. hospitalisés	20	567 681	XXXX	XXXX	4 022 863	26 094 912	30 685 456
6805 Pharmacie - Usagers hébergés	21	7 170 512	XXXX	XXXX	181 522	438 614	7 790 648
6862 Orthophonie	22		XXXX	XXXX	XXXX	576 003	576 003
6870 Physiothérapie	23	1 958 819	XXXX	XXXX	577 816	3 457 302	5 993 937
6880 Ergothérapie	24	1 499 661	XXXX	XXXX	1 122 085	2 005 408	4 627 154
6890 Animation-Loisirs	25	1 868 752	XXXX	XXXX	398 003	29 856	2 296 611
6946 Internat - Déf. physique	26		XXXX	XXXX	XXXX		
7107 Adap. soutien pers., famille et proches - Jeunes multiprob.	27			XXXX	XXXX	XXXX	
7111 Nutrition à domicile	28	340 754	XXXX	XXXX	XXXX	49 303	390 057
7112 Nutrition - Autres	29	692 683	XXXX	XXXX	XXXX	395 756	1 088 439
7151 Gestion et soutien des services à domicile	30	3 676 241	XXXX	XXXX	85 086	514 367	4 275 694
7152 Gestion et soutien aux autres programmes	31	2 682 664	750 087	XXXX	5 391 800		8 824 551
7153 Centre de réadaptation (Toxicomanes, DP)	32		XXXX		XXXX	XXXX	
7158 Gestion et soutien aux programmes (hors-territoire)	33						
7161 Ergothérapie à domicile	34	3 933 772	XXXX	XXXX	XXXX	330 480	4 264 252
7162 Physiothérapie à domicile	35	2 627 267	XXXX	XXXX	XXXX	76 796	2 704 063
7163 Prêt d'équipement aux usagers des services à domicile	36		XXXX	XXXX			
7690 Transport externe usagers	37	697 204			48 404	86 080	831 688
7910 Besoins spéciaux	38	93 153	XXXX	XXXX	83 273	XXXX	176 426
7930 Personnel en prêt de serv.	39	120 760	224 500		410 400	331 405	1 087 065
8020 Réadap. adultes - Déf. motr.	40		XXXX	XXXX	XXXX		
8030 Réadap. enfants - Déf. motr.	41		XXXX	XXXX	XXXX		
8040 Adap./intégr. sociales et adap. prof. - Déf. motrice	42		XXXX	XXXX	XXXX		
TOTAL (L.01 à L.42)	43	98 800 770	974 587		20 430 723	179 479 901	299 685 981

## RÉPARTITION DES CHARGES NON RÉPARTIES PAR PROGRAMMES-SERVICES

	SPUB 1	SG 2	SAPA 3	DP 4	DITSA 5	Sous-Total (C.1 à C.5) 6
Frais de séjour des médecins itinérants et dépanneur de certaines régions			XXXX	XXXX	XXXX	
Publicité, frais de déplacement reliés aux visites exploratoires et au recrutement des médecins et dentistes	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dépenses personnelles - usagers de moins de 18 ans (EPC seulement)	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Achat de services post hospitaliers en chsl publics et privés conventionnés "achats de places"	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
Achat de services post hospitaliers en chsl privés non conventionnés "achats de places"	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
Autre achat de services d'hébergement et de soins en chsl publics et privés conventionnés "achats de places"	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
Autre achat de services d'hébergement et de soins en chsl privés non conventionnés "achats de places"	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
Comité des usagers	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Montant attribué pour les maisons de soins palliatifs	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Intérêts sur emprunts autorisés:						
- Fonds de financement	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
- Autres que F.F.	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Frais accessoires - services assurés: Matériel et produits						
Frais accessoires - services assurés: Frais de transport						
Variation pour assurance-salaire						
	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Forfaits d'installation et d'opérations pour les IPS-SPL	XXXX	254 713	XXXX	XXXX	XXXX	254 713
	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances douteuses	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Frais de déplacement, de séjour et de déménagement des cadres en remplacement	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Programme de services de santé assurés et non assurés (SSANA)	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Forfaitaire 2015-2016			7 437			7 437
	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Ajustement contribution employeur aux régimes d'assurances collectives			376 031			376 031
	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Achat de soins spécialisés dans un établissement public du réseau	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX		
Autres (préciser P391)	4 980	37 800	16 445	3 848	2 263	65 336
Allocations à des médecins en régions éloignées			XXXX	XXXX	XXXX	
Allocations à des GMF, GMF-R et à des Cliniques-réseau	XXXX	4 001 395	XXXX	XXXX	XXXX	4 001 395
Services préhospitaliers d'urgence	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL (L.01 à L.32)	4 980	4 293 908	399 913	3 848	2 263	4 704 912

## RÉPARTITION DES CHARGES NON RÉPARTIES PAR PROGRAMMES-SERVICES

	Sous-total reporté 1	JD 2	Dép 3	SM 4	SPH 5	Sous-Total (C.1 à C.5) 6
Frais de séjour des médecins itinérants et dépanneur de certaines régions	1	XXXX	XXXX			
Publicité, frais de déplacement reliés aux visites exploratoires et au recrutement des médecins et dentistes	2	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dépenses personnelles - usagers de moins de 18 ans (EPC seulement)	3	XXXX		XXXX	XXXX	
	4	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Achat de services post hospitaliers en chsld publics et privés conventionnés "achats de places"	5		XXXX	XXXX	XXXX	
Achat de services post hospitaliers en chsld privés non conventionnés "achats de places"	6		XXXX	XXXX	XXXX	
Autre achat de services d'hébergement et de soins en chsld publics et privés conventionnés "achats de places"	7		XXXX	XXXX	XXXX	
Autre achat de services d'hébergement et de soins en chsld privés non conventionnés "achats de places"	8		XXXX	XXXX	XXXX	
Comité des usagers	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Montant attribué pour les maisons de soins palliatifs	10	XXXX	XXXX	XXXX	1 549 412	1 549 412
Intérêts sur emprunts autorisés:						
- Fonds de financement	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
- Autres que F.F.	14	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Frais accessoires - services assurés: Matériel et produits	15					
Frais accessoires - services assurés: Frais de transport	16					
Variation pour assurance-salaire	17				255 636	255 636
	18	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Forfaits d'installation et d'opérations pour les IPS-SPL	19	254 713	XXXX	XXXX		254 713
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances douteuses	21	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Frais de déplacement, de séjour et de déménagement des cadres en remplacement	22	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Programme de services de santé assurés et non assurés (SSANA)	23	XXXX	XXXX	XXXX		
Forfaitaire 2015-2016	24	7 437				7 437
	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Ajustement contribution employeur aux régimes d'assurances collectives	26	376 031		55 405	520 542	951 978
	27	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Achat de soins spécialisés dans un établissement public du réseau	28		XXXX	XXXX	XXXX	
Autres (préciser P391)	29	65 336	4 074		36 668	59 982
Allocations à des médecins en régions éloignées	30		XXXX	XXXX		
Allocations à des GMF, GMF-R et à des Cliniques-réseau	31	4 001 395	XXXX	XXXX	XXXX	4 001 395
Services préhospitaliers d'urgence	32	XXXX	XXXX	XXXX		
TOTAL (L.01 à L.32)	33	4 704 912	4 074		92 073	2 385 572
						7 186 631

## RÉPARTITION DES CHARGES NON RÉPARTIES PAR PROGRAMMES-SERVICES

	Sous-total reporté 1	ADM 2	SS 3	GBÉ 4	Total (C.1 à C.4) 5
Frais de séjour des médecins itinérants et dépanneur de certaines régions	1	XXXX	XXXX	XXXX	
Publicité, frais de déplacement reliés aux visites exploratoires et au recrutement des médecins et dentistes	2	XXXX	XXXX	XXXX	
Dépenses personnelles - usagers de moins de 18 ans (EPC seulement)	3		XXXX	XXXX	
	4	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Achat de services post hospitaliers en chsld publics et privés conventionnés "achats de places"	5		XXXX	XXXX	
Achat de services post hospitaliers en chsld privés non conventionnés "achats de places"	6		XXXX	XXXX	
Autre achat de services d'hébergement et de soins en chsld publics et privés conventionnés "achats de places"	7		XXXX	XXXX	
Autre achat de services d'hébergement et de soins en chsld privés non conventionnés "achats de places"	8		XXXX	XXXX	
Comité des usagers	9	XXXX	XXXX	389 612	389 612
Montant attribué pour les maisons de soins palliatifs	10	1 549 412	XXXX	XXXX	1 549 412
Intérêts sur emprunts autorisés:					
- Fonds de financement	11	XXXX	488 158	XXXX	488 158
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
- Autres que F.F.	14	XXXX	176 962	XXXX	176 962
Frais accessoires - services assurés: Matériel et produits	15				
Frais accessoires - services assurés: Frais de transport	16				
Variation pour assurance-salaire	17	255 636			255 636
	18	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Forfaits d'installation et d'opérations pour les IPS-SPL	19	254 713	XXXX	XXXX	254 713
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances douteuses	21	XXXX	2 140 919	XXXX	2 140 919
Frais de déplacement, de séjour et de déménagement des cadres en remplacement	22	XXXX		XXXX	
Programme de services de santé assurés et non assurés (SSANA)	23		XXXX	XXXX	
Forfaitaire 2015-2016	24	7 437			7 437
	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Ajustement contribution employeur aux régimes d'assurances collectives	26	951 978			951 978
	27	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Achat de soins spécialisés dans un établissement public du réseau	28		XXXX	XXXX	
Autres (préciser P391)	29	166 060	270 318	118 379	33 499
Allocations à des médecins en régions éloignées	30		XXXX	XXXX	
Allocations à des GMF, GMF-R et à des Cliniques-réseau	31	4 001 395	XXXX	XXXX	4 001 395
Services préhospitaliers d'urgence	32		XXXX	XXXX	
TOTAL (L.01 à L.32)	33	7 186 631	3 076 357	507 991	33 499
					10 804 478

## REVENUS REPORTÉS RELATIFS AUX SOMMES REÇUES PAR DONNS, LEGS ET AUTRES FORMES DE CONTRIBUTIONS (art.269 LSSSS)

	Revenus reportés au début 1	Ajustements à la colonne 1 2	Sommes allouées dans l'exercice 3	Revenus inscrits dans l'exercice 4	Revenus reportés à la fin (C1+C2+C3-C4) 5	Variation des revenus reportés (C1+C2-C5) 6	Notes
<b>CONTRIBUTIONS DE TIERS:</b>							
Contributions de tiers SANS fins particulières	1	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
Contributions de tiers AVEC fins particulières, lister:							
Fondation HMR	2	12 826 846		1 379 428	12 427 414	399 432	
Recherche et autres	3	8 784 210		1 430 848	7 842 491	941 719	
Fondation ICPBE	4	27 124		3 629	23 495	3 629	
Plan directeur immobilier	5	769 056		32 415	736 641	32 415	
Projet bowling	6	23 108		959	22 149	959	
Salle sensoriel	7	5 950		661	5 289	661	
Deux cours intérieures	8	6 009		542	5 467	542	
Aménagement Labo. Génétique	9	14 926		541	14 385	541	
Equipements CMDP	10	20 074		1 886	18 188	1 886	
Salle fin vie unité 401 Mylan	11	3 936	1 041	790	4 187	(251)	
Dons reçus pour améliorer la qualité de vie	12	44 284		44 284	0	44 284	
Dons reçus pour les camps	13	22 499		22 499	0	22 499	
Dons reçus pour l'achat d'équipement	14	465 551		28 016	437 535	28 016	
Fondation HSC	15	41 214		41 214	0	41 214	
Pharmacie	16	9 601		9 601	0	9 601	
Soins infirmiers	17	8 362		8 362	0	8 362	
Centre diabète	18	42 957		42 957	0	42 957	
Physiothérapie	19	6 240		6 240	0	6 240	
Médecine nucléaire	20	40 441		40 441	0	40 441	
Laboratoires	21	188		188	0	188	
Projet énergétique	22	5 606		5 606	0	5 606	
Recherche cancer	23	1 000		1 000	0	1 000	
Activités loisirs	24	5		5	0	5	
Autres (préciser P297)	25	5 928 827	159 996	23 264	5 567 967	520 856	
TOTAL (L.01 à L.25)	26	29 098 014	159 996	1 493 430	27 105 208	2 152 802	
<b>DOTATIONS</b>							
Capital	27						
Revenus non réservés accumulés	28	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
Revenus réservés accumulés:							
...	29						
Dons sur immobi. CIUSSPDI	30	78 513		36 085	42 428	36 085	
Equipements	31	78 739		5 017	73 722	5 017	
Mobilier	32	12 799		2 195	10 604	2 195	
Efficacité énergétique	33	351 571	(213 316)	3 732	134 523	3 732	
Autres (préciser P297)	34						
TOTAL (L.27 à L.34)	35	521 622	(213 316)	47 029	261 277	47 029	
GRAND TOTAL (L.26 + L.35)	36	29 619 636	(53 320)	1 493 430	27 366 485	2 199 831	
<b>REVENUS REPORTÉS (L.36) AU:</b>							
Fds Exploitation - ACT.PRINC.(P290)	37	247 215		247 215	0	247 215	
Fds Exploitation - ACT.ACCE.S.(P291)	38						
Fonds Immobilisations (P294)	39	29 372 421	(53 320)	1 493 430	27 366 485	1 952 616	
TOTAL REV. REPORTÉS (L.37 à L.39)	40	29 619 636	(53 320)	1 493 430	27 366 485	2 199 831	

Notes

22

## NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

**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<sup>er</sup> avril 2015.

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 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, à la demande du ministère de la Santé et des services sociaux, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de la note d'orientation du secteur public NOSP-2 *Immobilisations corporelles louées* du *Manuel de la comptabilité de CPA Canada pour le secteur publique*.

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.

**Incertitude relative à la mesure**

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**

Les chapitres SP 1201 Présentation des états financiers et SP 3450 Instruments financiers du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public requiert la présentation d'un état des gains et pertes de réévaluation lorsque l'entité qui présente les états financiers détient des instruments financiers évalués à leur juste valeur ou libellés en devises étrangères. Le format du rapport financier annuel AS-471, prescrit par le ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), n'inclut pas cet état financier 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 relativement à l'acquisition d'actions d'une personne morale.

Considérant que l'établissement détient des éléments libellés en devises étrangères dont l'importance est non significative, la présentation de l'état des gains et pertes de réévaluation n'est pas jugée requise dans le présent rapport financier annuel AS-471.

### **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 inclut toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant les soldes et les opérations relatifs aux biens détenus en fiducie. Le contrôle est la capacité d'orienter les politiques financières et administratives d'une entité de manière à ce que ses activités lui procurent les avantages attendus ou l'exposent à un risque de perte.

Les états financiers comprennent donc tous les comptes des entités contrôlées par l'établissement qui sont consolidées ligne par ligne. Ces entités sont énumérées à la note complémentaire 13.

### **Revenus de subventions**

Les subventions provenant du gouvernement du Québec ou de tout autre gouvernement, ou d'organismes inclus dans leur périmètre comptable, 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 réalisées à la date des états financiers qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis constatées 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 du Québec 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, comme exigé 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).

### **Revenus provenant des usagers**

Les revenus provenant des usagers comprennent notamment les sommes exigibles pour l'hébergement d'usagers dans

une installation maintenue par un établissement public ou privé conventionné ou qui sont pris en charge par une ressource intermédiaire d'un établissement public ou par une ressource de type familial, selon les tarifs établis par règlement.

Ils incluent également les montants imposés à des usagers ayant un statut de résidents du Québec, à des non-résidents du Québec, à des non-résidents du Canada et à de tiers responsables pour des services rendus à des usagers en vertu de lois du Québec, du Canada ou de tout autre gouvernement, pour des soins ou des services qui ne sont pas de la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (chapitre A-28) ou de la Loi sur les services de santé et des services sociaux (chapitre S-4.2), ainsi que les montants payable par un bénéficiaire résident recevant des soins de courte durée pour l'occupation d'une chambre privée ou semi-privé selon les tarifs exigibles en vertu de l'article 10 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (chapitre A-28, r.1).

Ces revenus sont constatés au moment de la prestation de services et sont diminués des déductions, exonérations et exemptions accordées à certains de ceux-ci.

### **Ventes de services et recouvrements**

Les ventes de services représentent des ventes effectuées à partir d'un centre d'activités, autres que la prestation de services aux usagers.

Les revenus de recouvrements sont constitués des récupérations, en tout ou en partie, d'une charge incluse dans le coût direct brut assumé par un centre d'activités.

Ces revenus sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel a lieu la vente de services ou le recouvrement de coûts.

### **Donations**

Les sommes reçues de tiers par dons, legs ou contributions autres que des subventions gouvernementales sans condition rattachée ou sous condition expresse de doter l'établissement d'un capital à préserver pour une période indéterminée sont comptabilisées aux revenus de l'exercice.

Les sommes reçues de tiers par dons, legs ou contributions autres que des subventions gouvernementales à des fins de dotation de durée déterminée ou à des fins spécifiques sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis constatés aux revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

L'excédent de la somme reçue sur les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité prescrits à l'entente est 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 à d'autres fins, le cas échéant. 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

### **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 actifs financiers comprennent l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs et sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

Les passifs financiers comprennent les emprunts temporaires, les créanciers MSSS, les autres créanciers 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 et les placements temporaires de moins de trois mois suivants la date d'acquisition et les placements facilement convertibles à court terme en un montant connu de trésorerie et dont la valeur ne risque pas de changer de façon importante

#### *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 créanciers 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.

#### **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 2016-2017. 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 la moyenne des données de paie pour chacune des dernières trois années financières de l'établissement.

Elles sont estimées à l'aide de la méthode par période de paie qui tient compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le groupe d'emploi, la durée par dossier. Lorsque l'information nécessaire pour cette méthode n'est pas disponible, les obligations sont alors estimées selon la méthode dite globale basée sur des données globales en utilisant des facteurs de croissance de la rémunération et du nombre d'individus en assurance salaire par année financière]. Cette méthode requiert l'utilisation de l'hypothèse que l'assurance salaire évoluera au cours des trois années financière à venir selon les tendances passées. 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 2017 et des taux horaires prévus en 2017-2018. 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 2017-2018. 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) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interemployeurs administrés par Retraite Québec 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 interemployeurs 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 2017 et la rémunération versée pour l'exercice 2017-2018, laquelle est répliquée pour le reste de la durée du congé ou au maximum jusqu'au 31 mars 2018. 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 reçues gratuitement ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur lorsqu'elles proviennent de tiers, ou à leur valeur comptable nette si elles proviennent d'une partie apparentée, 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 revenus reportés sont virés graduellement aux résultats, selon la même méthode et la même durée que l'amortissement de l'immobilisation.

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 :

<b>Catégorie</b>	<b>Durée</b>
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 à 10 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.

Les immobilisations pour lesquelles une réduction permanente de leur potentiel de services ou de leurs avantages économiques futurs est constatée font l'objet d'une moins-value. Aucune reprise sur réduction de valeur n'est constatée par la suite. De même, la valeur d'une immobilisation qui n'est plus utilisée ou qui est mise hors service est radiée ou ramenée à sa valeur résiduelle, le cas échéant.

Les biens incorporels, tels que les brevets, les droits d'auteur, les oeuvres d'art autres que celles qui sont incorporées à un bâtiment ou à un aménagement en vertu de la Politique d'intégration des arts à l'architecture et à l'environnement des bâtiments et des sites gouvernementaux et publics, lesquels sont capitalisés au coût du bâtiment, ne sont pas constatés dans les présents états financiers puisque leurs avantages économiques futurs ne peuvent être quantifiés de façon raisonnable et vérifiable selon les méthodes existantes. Leurs coûts sont plutôt imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont encourus.

Les immobilisations et leurs opérations connexes sont présentées au fonds d'immobilisations.

### **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 comprennent notamment les médicaments, les produits sanguins, les fournitures médicales et chirurgicales et les denrées alimentaires. Ils sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen. 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 du fonds concerné.

### **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.

### **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.

### **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 reliés 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, ni au fonds d'exploitation, ni 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 2017, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

L'établissement subi, depuis sa création, une pression financière énorme. Cumulé aux différentes mesures d'optimisations, la situation est devenue plus précaire. Une demande de financement spécifique pour des situations particulières de l'ordre de 6.7M\$ a été adressé au MSSS, celui-ci en a reconnu une somme de 1.8M\$. Le déficit cumulatif au fonds d'exploitation est de 5.186 M\$, grâce au revenu supplémentaire provenant des activités de stationnement géré par un organisme de bienfaisance enregistré.

Les résultats déficitaires peuvent être expliqués de la façon suivante :

- La transformation de la trajectoire de la santé physique n'a pas donné les effets escomptés et à générer un déficit de 2.5M\$ dû, particulièrement, aux épisodes de débordements;
- Les mesures d'optimisation représentant une valeur de 15.3M\$ ont été réalisées à 75%, contribuant au déficit pour



une valeur de 3.9M\$;

- L'intensification des services au SAD a générée des dépenses de 1.8M\$ au-dessus du financement octroyé dû aux efforts déployés durant l'année entière;
- Les coûts additionnels liés à la réduction des listes d'attente en chirurgie ont générés plus de 1M\$ au-dessus du financement octroyé.

Une projection du déficit a été faite au cours de l'exercice. Ainsi, à la période 10, le conseil d'administration et le MSSS ont été avisé de la situation déficitaire anticipée, toutefois, aucun plan de redressement n'a été demandé en autant que le déficit soit reporté dans la planification budgétaire 2017-2018.

#### **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 du RFA AS4-471 respectivement, 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 13 juin 2016, à l'aide du formulaire *Budget détaillé* RR-446.

#### **NOTE 5 - INSTRUMENTS FINANCIERS ÉVALUÉS À LA JUSTE VALEUR OU LIBELLÉS EN DEVICES ÉTRANGÈRES**

##### **Impacts sur les états financiers**

L'établissement détenait au 31 mars 2017 des instruments financiers libellés en devises étrangères dans les présents états financiers. L'évaluation à la juste valeur est sans effet important sur les données financières. Par conséquent, l'état des gains et des 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 des parties non apparentées ainsi que des entreprises du gouvernement, leur coût, les dates d'échéance maximale moyenne, les taux de rendement effectifs moyens pondérés, ainsi que les provisions pour moins-values sont présentés à la page 631 du rapport financier annuel AS-471.

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

#### **NOTE 7 - EMPRUNTS TEMPORAIRES**

Les conditions des emprunts temporaires contractés auprès de parties non apparentées sont présentées 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 – 2 244 284 \$

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

Montant emprunté au 31 mars 2017: 2 244 284 \$

Fonds de financement – 94 267 542 \$, dont 54 000 000 \$ dans le fonds d'exploitation et 40 267 542 \$ au fonds d'immobilisations

Montant maximum marge régulière immobilisations: 122 572 704 \$

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

Montant maximum marge régulière équipements: 63 128 507 \$

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

Montant maximum enveloppes décentralisées : 11 409 474 \$

Montant emprunté au 31 mars 2017 - Marge régulière immobilisations : 6 891 101 \$

Montant emprunté au 31 mars 2017 - Marge régulière équipements : 5 916 138 \$

Montant emprunté au 31 mars 2017 – Enveloppes décentralisées : 11 409 474 \$

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 2017 : 2 918 037 \$

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

Montant maximum autorisé ; 54 000 000 \$

Montant emprunté au 31 mars 2017 : 54 000 000 \$

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 2017 : 13 132 792 \$

## NOTE 8 - DETTES À LONG TERME

Les conditions des dettes à long terme contractées auprès de parties non apparentées sont présentées à la page 634 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement a également contracté des dettes à long terme auprès de parties apparentées, dont les principales conditions sont:

Date	Série	Montant original	Taux	Montant du versement périodique	Fréquence du versement	Exercice courant	Exercice précédent	
Émis	Dû							
<b>Billets à terme contractés auprès du Fonds de financement garantis par le gouvernement du Québec</b>								
2014-10-02	2024-09-01	B10	4 452 971 \$	3,058%	178 119 \$	Annuel	4 096 733 \$	4 274 852 \$
2015-11-20	2020-12-01	B11	4 671 014 \$	1,577%	186 841 \$	Annuel	4 484 174 \$	4 671 014 \$
2016-12-01	2026-09-01	B12	4 207 521 \$	2,011%	191 659 \$	Annuel	4 207 521 \$	- \$
2013-04-24	2017-12-01	B8	3 621 949 \$	1,739%	144 878 \$	Annuel	3 187 315 \$	3 332 193 \$
2014-01-16	2018-12-19	B9	10 018 574 \$	2,335%	555 900 \$	Annuel	8 350 875 \$	8 906 775 \$
2014-01-23	2018-12-19	B17	9 533 150 \$	2,245%	178 119 \$	Annuel	8 261 688 \$	8 685 509 \$
2014-07-08	2024-09-01	B18	3 154 237 \$	2,995%	179 013 \$	Annuel	2 796 210 \$	2 975 223 \$
2015-02-15	2023-03-01	B19	17 749 047 \$	1,654%	920 769 \$	Annuel	15 907 510 \$	16 828 278 \$
2014-01-16	2018-12-19	B17	8 426 404 \$	2,335%	389 824 \$	Annuel	7 256 931 \$	7 646 755 \$
2014-01-16	2018-12-19	B18	4 612 221 \$	2,335%	922 444 \$	Annuel	1 844 888 \$	2 767 332 \$
2014-06-09	2019-08-21	B19	8 820 980 \$	2,110%	464 262 \$	Annuel	7 892 456 \$	8 356 718 \$
2014-10-23	2024-09-01	B20	5 349 973 \$	2,996%	213 999 \$	Annuel	4 921 975 \$	5 135 975 \$
2015-11-20	2020-12-01	B20	7 367 243 \$	1,577%	294 690 \$	Annuel	7 072 553 \$	7 367 243 \$
2015-12-01	2020-12-01	B21	1 180 000 \$	1,577%	236 000 \$	Annuel	944 000 \$	1 180 000 \$

2015-12-01	2022-12-01	B22	1 526 688 \$	2,018%	95 418 \$	Annuel	1 431 270 \$	1 526 688 \$
2016-06-22	2026-09-01	B23	6 666 270 \$	2,164%	350 856 \$	Annuel	6 666 270 \$	- \$
2016-12-01	2026-09-01	B24	7 043 101 \$	2,130%	281 724 \$	Annuel	7 043 101 \$	- \$
2013-11-27	2023-09-01	B28	39 131 918 \$	3,137%	1 828 658 \$	Annuel	33 645 943 \$	35 474 602 \$
2014-01-30	2018-12-19	B29	9 225 000 \$	2,024%	1 025 003 \$	Annuel	6 149 991 \$	7 174 994 \$
2014-03-25	2018-12-19	B30	6 788 937 \$	2,092%	271 557 \$	Annuel	5 974 265 \$	6 245 822 \$
2014-11-19	2024-09-01	B31	21 781 266 \$	2,944%	871 251 \$	Annuel	20 038 765 \$	20 910 015 \$
2014-11-19	2022-03-01	B32	1 016 125 \$	2,558%	145 161 \$	Annuel	725 804 \$	870 964 \$
2015-02-26	2025-06-01	B33	9 562 154 \$	2,234%	382 486 \$	Annuel	8 797 182 \$	9 179 668 \$
2015-02-26	2027-03-01	B34	23 646 982 \$	2,428%	1 389 891 \$	Annuel	20 867 199 \$	22 257 091 \$
2015-11-20	2020-12-01	B35	21 307 728 \$	1,577%	852 309 \$	Annuel	20 455 419 \$	21 307 728 \$
2016-04-22	2026-09-01	B36	65 693 906 \$	2,344%	2 627 756 \$	Annuel	65 693 906 \$	- \$
2016-12-01	2026-09-01	B37	27 391 753 \$	2,011%	1 222 088 \$	Annuel	27 391 753 \$	- \$
2017-02-07	2023-10-19	B38	546 758 \$	2,128%	78 108 \$	Annuel	546 758 \$	- \$
2015-11-20	2020-12-01	B21	8 949 215 \$	1,577%	357 969 \$	Annuel	8 591 246 \$	8 949 215 \$
2016-12-01	2026-09-01	B22	6 948 363 \$	2,130%	277 935 \$	Annuel	6 948 363 \$	- \$
2016-06-22	2026-09-01	B10	2 053 551 \$	2,164%	108 082 \$	Annuel	2 053 551 \$	- \$
2016-12-01	2026-09-01	B11	2 281 410 \$	2,011%	91 256 \$	Annuel	2 281 410 \$	- \$
2014-05-22	2024-09-01	B6	1 091 919 \$	3,325%	43 677 \$	Annuel	1 004 565 \$	1 048 242 \$
2016-12-01	2026-09-01	B7	1 342 138 \$	2,011%	69 614 \$	Annuel	1 342 138 \$	- \$
2014-02-06	2018-12-19	B7	5 615 334 \$	2,109%	244 207 \$	Annuel	4 882 713 \$	5 126 920 \$
2014-10-23	2024-09-01	B8	2 920 380 \$	2,996%	116 815 \$	Annuel	2 686 750 \$	2 803 565 \$
2015-12-01	2022-12-01	B9	2 449 795 \$	2,018%	97 992 \$	Annuel	2 351 803 \$	2 449 795 \$
2014-02-06	2018-12-19	B19	9 037 670 \$	2,079%	412 026 \$	Annuel	7 801 591 \$	8 213 618 \$
2014-10-09	2024-09-01	B20	2 600 378 \$	3,058%	104 015 \$	Annuel	2 392 348 \$	2 496 363 \$
2014-12-12	2024-09-01	B21	1 090 525 \$	2,904%	60 585 \$	Annuel	969 356	1 029 941 \$
2015-12-01	2022-12-01	B22	2 968 850 \$	2,018%	118 754 \$	Annuel	2 850 096 \$	2 968 850 \$
2016-12-01	2026-09-01	B23	7 157 517 \$	2,011%	348 270 \$	Annuel	7 157 517 \$	- \$
<b>Sous-total</b>							<b>359 965 902 \$</b>	<b>242 161 948 \$</b>
<b>Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec garantis par le gouvernement du Québec</b>								
2006-11-03	2031-12-01	B3	1 611 544 \$	4,866%	64 462 \$	Annuel	966 926 \$	1 031 388 \$
2010-06-28	2016-12-01	B7	3 928 258 \$	3,835%	157 130 \$	Annuel	- \$	3 142 606 \$
2010-10-14	2016-12-01	B8	2 526 911 \$	2,903%	101 076 \$	Annuel	- \$	2 021 529 \$
2012-10-25	2019-12-01	B10	5 146 610 \$	2,437%	206 988 \$	Annuel	4 318 657 \$	4 525 645 \$
2012-12-21	2018-06-01	B11	664 776 \$	2,142%	110 796 \$	Annuel	221 592 \$	332 388 \$
2010-05-07	2034-06-01	B12	6 665 979 \$	5,090%	266 639 \$	Annuel	5 066 144 \$	5 332 783 \$
2010-11-16	2016-06-02	B13	8 771 409 \$	2,559%	350 856 \$	Annuel	- \$	7 017 127 \$
2012-03-02	2018-12-01	B14	11 361 660 \$	2,406%	597 048 \$	Annuel	8 376 421 \$	8 973 469 \$
2012-12-20	2018-06-01	B16	6 140 776 \$	2,103%	264 359 \$	Annuel	5 083 338 \$	5 347 698 \$
2009-02-12	2018-07-16	B3	1 574 966 \$	4,354%	73 757 \$	Annuel	984 910 \$	1 058 667 \$
2010-11-23	2016-06-02	B4	2 702 041 \$	2,896%	108 082 \$	Annuel	- \$	2 161 633 \$
2012-02-24	2018-12-01	B5	4 961 426 \$	2,406%	218 948 \$	Annuel	3 866 687 \$	4 085 635 \$
2012-12-21	2018-06-01	B6	1 483 262 \$	2,130%	73 455 \$	Annuel	1 189 440 \$	1 262 896 \$
1997-01-24	2022-01-16	B4	277 300 \$	7,750%	11 092 \$	Annuel	55 460 \$	66 552 \$
2006-10-13	2031-12-01	B11	50 610 920 \$	4,621%	2 024 437 \$	Annuel	30 366 552 \$	32 390 989 \$
2010-05-11	2034-06-01	B21	23 614 978 \$	5,090%	944 599 \$	Annuel	17 947 383 \$	18 891 982 \$
2010-10-14	2016-12-01	B22	13 168 565 \$	2,903%	526 743 \$	Annuel	- \$	10 534 852 \$
2011-03-31	2017-12-01	B23	508 235 \$	3,484%	72 605 \$	Annuel	72 605 \$	145 210 \$
2012-02-28	2018-12-01	B24	22 269 790 \$	2,406%	1 168 361 \$	Annuel	16 427 986 \$	17 596 347 \$
2012-02-28	2018-12-01	B25	416 836 \$	2,406%	59 548 \$	Annuel	119 096 \$	178 644 \$
2012-10-31	2019-12-01	B27	24 940 668 \$	2,437%	1 123 164 \$	Annuel	20 448 012 \$	21 571 176 \$
2010-05-11	2034-06-01	B11	5 346 730 \$	5,090%	213 869 \$	Annuel	4 063 515 \$	4 277 384 \$
2011-01-28	2017-12-01	B12	3 908 000 \$	3,594%	156 320 \$	Annuel	2 970 080 \$	3 126 400 \$
2011-11-11	2017-12-01	B13	5 957 393 \$	2,472%	238 296 \$	Annuel	4 765 914 \$	5 004 210 \$
2012-01-26	2017-04-25	B14	2 063 889 \$	1,897%	114 661 \$	Annuel	1 490 587 \$	1 605 247 \$
2012-12-19	2018-06-01	B15	5 959 804 \$	2,104%	277 504 \$	Annuel	4 849 789 \$	5 127 292 \$
2012-12-19	2019-12-01	B16	545 333 \$	2,489%	77 905 \$	Annuel	233 714 \$	311 619 \$
2010-10-19	2016-12-01	B4	1 659 245 \$	2,878%	66 370 \$	Annuel	- \$	1 327 396 \$
2012-01-26	2017-04-25	B5	1 798 203 \$	1,897%	128 075 \$	Annuel	1 157 828 \$	1 285 903 \$
2010-06-28	2016-12-01	B5	2 433 121 \$	3,835%	97 325 \$	Annuel	- \$	1 946 497 \$
2011-06-07	2017-12-01	B6	2 579 894 \$	3,114%	103 196 \$	Annuel	2 063 915 \$	2 167 111 \$
2012-05-04	2018-12-01	B7	8 823 880 \$	2,664%	481 616 \$	Annuel	6 897 417 \$	7 379 032 \$
2011-12-01	2017-04-25	B9	9 002 400 \$	1,840%	473 980 \$	Annuel	6 632 498 \$	7 106 478 \$

2010-03-23	2017-04-01	Prêt	2 707 128 \$	1,170%	32 616 \$	Mensuel	32 616 \$	424 008 \$
2013-01-15	2019-12-31	Autofinanc.	2 401 482 \$	2,418%	31 231 \$	Mensuel	991 186 \$	1 335 602 \$
		<b>Sous-total</b>					<b>151 660 268 \$</b>	<b>190 093 395 \$</b>
<b>Emprunts à long terme auprès de Fonds de Financement garantis par le gouvernement du Québec</b>								
2016-01-29	2026-01-01		3 265 869 \$	2,482%	27 444,00 \$	Mensuel	2 909 094 \$	3 238 426 \$
		<b>Sous-total</b>					<b>2 909 094 \$</b>	<b>3 238 426 \$</b>
<b>Total</b>							<b>514 535 264 \$</b>	<b>435 493 769 \$</b>

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2017, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

	\$
2017-2018	33 294 727 \$
2018-2019	30 486 770 \$
2019-2020	29 221 840 \$
2020-2021	29 004 652 \$
2021-2022	28 829 901 \$
2022-2023 et subséquents	384 880 293 \$
<b>Total</b>	<b>535 718 183 \$</b>

#### NOTE 9 - 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 2017 (75 000 \$ au 31 mars 2016). 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 2017 (802 500 \$ au 31 mars 2016). 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 2017 (85 500 \$ au 31 mars 2016). 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 7 209 800 \$ a été comptabilisé à titre de passif au titre de sites contaminés dans les états financiers au 31 mars 2017 (6 288 389 \$ au 31 mars 2016). 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 10 – 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	1,3 %	1,5 %
Inflation	1 %	0 %
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 %

Le tableau suivant explique la variation annuelle des provisions composant les passifs au titre des avantages sociaux

	Exercice courant				Exercice précédent
	Solde au début	Charge de l'exercice (*)	Montants versés	Solde à la fin	Solde à la fin
Provision pour vacances	76 940 354 \$	83 967 685 \$	83 371 341 \$	77 536 698 \$	76 940 354 \$
Assurance salaire	10 965 076 \$	24 356 119 \$	24 100 483 \$	11 220 712 \$	10 965 076 \$
Provision pour maladie	2 873 227 \$	21 056 491 \$	21 183 411 \$	2 746 307 \$	2 873 227 \$
Droits parentaux	350 382 \$	2 479 826 \$	2 320 374 \$	509 834 \$	350 382 \$
Total	91 129 039 \$	131 860 121 \$	130 975 609 \$	92 013 551 \$	91 129 039 \$

(\*) exclut les charges sociales

#### NOTE 11 - AFFECTATIONS

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

#### NOTE 12 – 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. 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)	23 666 716 \$	37 182 883 \$
Placements temporaires	25 108 694 \$	9 855 782 \$
Débiteurs MSSS	53 423 523 \$	69 254 029 \$
Autres débiteurs	37 887 469 \$	37 308 604 \$
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	113 793 165 \$	101 830 712 \$
Placements de portefeuille	0 \$	22 000 000 \$
Total	253 879 567 \$	277 432 010 \$

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 2017, 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 2017, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 69% pour le présent exercice et 78 % 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	32 518 144 \$	32 271 257 \$
Autres débiteurs en souffrance :		

	Exercice courant	Exercice précédent
Moins de 30 jours	1 233 587 \$	2 621 700 \$
De 30 à 59 jours	3 054 940 \$	741 272 \$
De 60 à 89 jours	389 906 \$	447 566 \$
De 90 jours et plus	8 408 479 \$	7 690 383 \$
Sous-total	13 086 912 \$	11 500 921 \$
Provision pour créances douteuses	(7 717 587) \$	(6 463 574) \$
Sous-total	5 369 325 \$	5 037 347 \$
Total des autres débiteurs	37 887 469 \$	37 308 604 \$

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:	6 463 574 \$	4 972 992 \$
Perte de valeur comptabilisée aux résultats	1 734 183 \$	1 883 112 \$
Montants recouverts	(480 170) \$	(392 530) \$
Solde à la fin de la provision pour créances douteuses	7 717 587 \$	6 463 574 \$

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

L'article 269 de cette même loi 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 2017, 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 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 créanciers et autres charges à payer, les dettes à long terme.

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.

Les emprunts temporaires sont majoritairement 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 créanciers 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 créanciers sont les suivants :

	Exercice courant	Exercice précédent
De moins de 6 mois	87 479 234 \$	92 141 872 \$



	Exercice courant	Exercice précédent
De 6 mois à 1 an :	6 111 696 \$	8 937 061 \$
De 1 à 3 ans :	5 709 580 \$	5 687 377 \$
De 3 à 5 ans :	834 181 \$	834 181 \$
De plus de 5 ans :	907 260 \$	831 302 \$
Total des autres créditeurs	101 041 951 \$	108 431 793 \$

### 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	111 356 288 \$	201 131 668 \$
Dettes à long terme (voir note 6)	535 718 183 \$	457 880 250 \$

Du montant des emprunts temporaires totalisant 111 356 288 \$, un montant de 96 511 826 \$ porte intérêt au taux des acceptations bancaires + 0,05 %. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le ministère de la Santé et des Services sociaux, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Du montant des avances de fonds - Enveloppes décentralisées et de la dette à long terme totalisant 535 718 183 \$, un montant de 514 535 264 \$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont à taux variables. Les intérêts à taux variables sur ces emprunts sont pris en charge par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Le solde, au montant de 21 182 919 \$, représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Une somme de 14 844 462 \$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont à taux variables et ne sont pas pris en charge par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

L'établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse et des placements temporaires 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 13 - 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	1 911 942 \$	1 436 210 \$
Passifs	899 067 \$	894 707 \$
Actifs financiers nets (dette nette)	1 012 875 \$	541 503 \$
Actifs non financiers	0 \$	0 \$
Surplus (déficits) cumulés	(3 341 227)\$	(2 445 999)\$
Revenus	1 032 724 \$	477 342 \$
Charges	1 927 951\$	987 050 \$
Surplus (déficits) de l'exercice	(895 227) \$	(509 708)\$

**NOTE 14 - 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 15 - BIENS DÉTENUS EN FIDUCIE**

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

**NOTE 16 - ÉVÉNEMENTS POSTÉRIEURS À LA DATE DES ÉTATS FINANCIERS****OPTILAB**

Le projet « OPTILAB » entrant en application le 1<sup>er</sup> avril 2017 consiste en une vaste réorganisation provinciale des services de biologie médicale au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Ces services, auparavant fournis dans les unités administratives des établissements publics, seront dorénavant offerts dans l'une des 11 grappes de laboratoires de biologie médicale créés à cet effet ayant pour but une offre de services concertée et complémentaire et un accroissement de l'efficacité globale du réseau. Ainsi, le 1<sup>er</sup> avril 2017, l'ensemble des ressources humaines, financières, informatiques et matérielles affectées au laboratoire de biologie médicale des établissements sera intégré dans l'une des onze grappes appelées « centres serveurs ».

À cette fin, l'établissement conviendra avec le Centre Hospitalier Universitaire de Montréal (CHUM) une convention de cession d'exploitation d'activités de laboratoire qui prendra effet rétroactivement le 1<sup>er</sup> avril 2017 en vertu de laquelle il

confirmera qu'il abandonne et cède en sa faveur l'exploitation complète des activités de laboratoire médical à compter de cette date. Il confirmera également qu'il cède également tous les biens meubles et autres actifs servant à l'exploitation des activités cédées, ainsi que les droits, devoirs et obligations sur la partie du budget en cours à la date de la prise en charge des activités cédées. La responsabilité de la prise en charge de toutes les dettes, obligations, responsabilités et de tout le passif se rapportant aux actifs et activités cédés qui auraient pris origine avant la date de la prise en charge des activités sera détaillée dans la convention.

L'incidence financière du transfert d'actifs sera comptabilisée au cours du prochain exercice.

## 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, ni au fonds d'exploitation, ni 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 2017, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

L'établissement subi, depuis sa création, une pression financière énorme. Cumulé aux différentes mesures d'optimisations, la situation est devenue plus précaire. Une demande de financement spécifique pour des situations particulières de l'ordre de 6,7M\$ a été adressé au MSSS, celui-ci en a reconnu une somme de 1,8M\$. Le déficit cumulé au fonds d'exploitation est de 5,186M\$, grâce au revenu supplémentaire provenant des activités de stationnement géré par un organisme de bienfaisance enregistré.

Les résultats déficitaires peuvent être expliqués de la façon suivante :

- La transformation de la trajectoire de la santé physique n'a pas donné les effets escomptés et à générer un déficit de 2,5M\$ dû, particulièrement, aux épisodes de débordements;
- Les mesures d'optimisation représentant une valeur de 15,3M\$ ont été réalisées à 75 %, contribuant au déficit pour une valeur de 3,9M\$;
- L'intensification des services au SAD a générée des dépenses de 1.8M\$ au-dessus du financement octroyé dû aux efforts déployés durant l'année entière;
- Les coûts additionnels liés à la réduction des listes d'attente en chirurgie ont générés plus de 1 M\$ au-dessus du financement octroyé.

Une projection du déficit a été faite au cours de l'exercice. Ainsi, à la période 10, le conseil d'administration et le MSSS ont été avisé de la situation déficitaire anticipée, toutefois, aucun plan de redressement n'a été demandé en autant que le déficit soit reporté dans la planification budgétaire 2017-2018.

## Contrats de service

*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 2017*

Contrats de services, comportant une dépense de 25 000\$ et plus, conclus entre le 1<sup>er</sup> avril 2016 et le 31 mars 2017.

Tableau 22

	NOMBRE	VALEUR
Contrats de service avec une personne physique <sup>1</sup>	7	2 081 605,00 \$
Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique <sup>2</sup>	88	106 825 028,38 \$
<b>Total des contrats de service</b>	<b>95</b>	<b>108 906 633,38 \$</b>

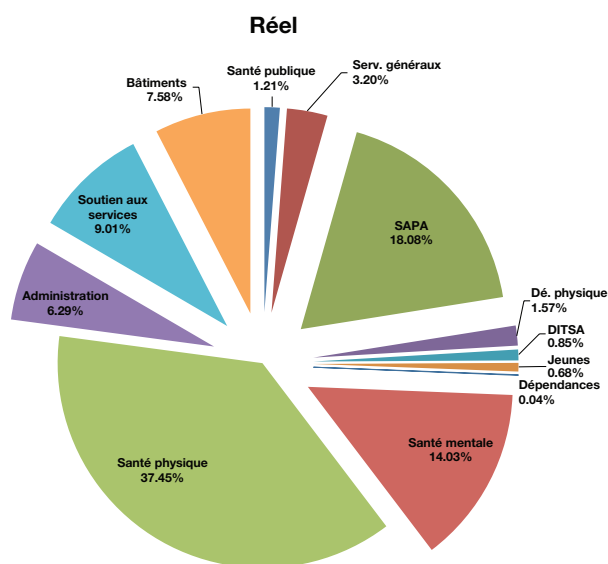
1. Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non.

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

## Répartition des dépenses des activités principales par programme-service

Tableau 23

PROGRAMMES-SERVICES	MONTANT
Santé publique	13 349 172 \$
Services généraux – activités cliniques et d'aide	35 398 538 \$
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	199 702 605 \$
Déficience physique	17 378 219 \$
Déficience intellectuelle et TSA	9 432 484 \$
Jeunes en difficultés	7 461 298 \$
Dépendances	492 436 \$
Santé mentale	154 976 222 \$
Santé physique	413 759 931 \$
Administration	69 506 208 \$
Soutien aux services	99 571 754 \$
Gestion des bâtiments et des équipements	83 771 884 \$
<b>TOTAL DES DÉPENSES</b>	<b>1 104 800 752 \$</b>



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

exercice terminé le 31 mars 2017 - AUDITÉE

## 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 2017		
				R 5	PR 6	NR 7
1	2	3	4			
<i>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</i>						
(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 HMR) : L'audit de l'unité de mesure "la visite" pour le sous-centre d'activités 6171 - Soins infirmiers à domicile réguliers (SPH) n'a pas pu être effectué en l'absence de piste de vérification.	2015-2016	C	Quotidiennement, le personnel infirmier complète un formulaire pour les frais de déplacement qui comprend le numéro d'assurance maladie (NAM) de l'usager visité et la durée de la visite. À chaque paie, les visites, la durée des visites et les dépenses encourues sont saisies dans un fichier. À la fin de chaque période, une extraction du nombre de visites est faite et compilée dans un autre fichier "Relevé périodique". La piste de vérification est jugée suffisante.	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	2015-2016	C	Un exercice d'extractions des différentes bases de données et d'identification des doublons a permis de constater que ceux-ci, lorsqu'applicables,		PR	



qu'une seule fois dans les centres d'activités ayant l'usager comme unité de mesure.			représentaient moins de 1% du nombre décompté, ce qui est jugé non matériel.  L'implantation d'un identifiant unique est actuellement en planification au ministère. Nous effectuerons les travaux nécessaires selon l'échéancier que le ministère élaborera.			
Dans le cadre d'un sondage sur l'unité de mesure "Usager" du sous-centre d'activités "5942 - Soutien dans la communauté aux personnes souffrant d'un trouble mental grave", nous n'avons pas été en mesure de retracer un document supportant l'intervention sélectionnée.	2016-2017	O	Un plan d'action a été mis en place afin d'adresser cet élément.			PR
L'unité de mesure "Intervention" du sous-centre d'activités "5922 - Intervention et suivi de crise" a été estimée, ce qui n'est pas conforme aux directives du Manuel de gestion financière.	2016-2017	O	Un mécanisme de compilation de l'unité de mesure sera mis en place en 2017-2018.			PR
Nous avons relevé des usagers compilés en double dans l'unité de mesure "Usager" du sous-centre d'activités "5922 - Intervention et suivi de crise".	2016-2017	O	Un mécanisme de compilation de l'unité de mesure sera mis en place en 2017-2018.			PR
Nous avons relevé des erreurs dans l'addition du nombre de visites de l'unité de mesure "Nombre de visites" du sous-centre d'activités "6172 - Soins infirmiers à domicile (santé mentale)".	2016-2017	O	Un plan d'action sera mis en place dès que la firme informatique aura statué sur les causes des anomalies.			NR
Des écarts entre les fichiers sources et le rapport cumulatif pour l'unité de mesure "Usager" du sous-centre d'activités "6363 - Centre de soins à la mère et au nouveau-né" ont été relevés.	2016-2017	O	Un plan d'action a été mis en place afin d'adresser cet élément.			PR
<b>Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)</b>						
(Applicable à HSCO, 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	Les applications GRF-GRM viennent d'être intégrées le 5 février 2017. Un exercice de revue des privilèges selon les tâches et responsabilités des utilisateurs a été fait à ce moment-là. Nous nous			PR

			assurons de faire une révision périodique appropriée.			
(Applicable à HSCO): Déficience du contrôle interne au niveau de GPRH: Pas de procédure formelle de revue des comptes d'utilisateurs et privilèges d'accès.	2014-2015	O	La procédure sera revue intégralement en cohérence avec le projet d'implantation GRH-Paie et la diffusion du cadre de gestion en sécurité de l'information.		PR	
(Applicable à HSCO): Contrôle de domaine: pas de procédure formelle de gestion des départs.	2014-2015	O	La procédure sera revue intégralement en cohérence avec le projet d'implantation GRH-Paie et la diffusion du cadre de gestion en sécurité de l'information.		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	Le commentaire concerne les établissements qui utilisaient l'application SAP hébergée au Technocentre.  Le commentaire n'est plus pertinent suite à l'intégration des applications GRF-GRM de Logibec qui sont hébergées au CIUSSS.	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	Les sauvegardes à l'externe des applications locales seront assurées suite au déploiement de l'anneau de fibre optique multi-sites HMR-HSCO-IUSMM-LT, prévu en 2017-2018 et 2018-2019.  D'ici ce déploiement, un processus de sauvegarde à l'externe des applications locales de SLSM est assuré.		PR	
Des comptes à recevoir de 937 021 \$ en 2017 relatifs aux activités de recherche ont été présentés en déduction des revenus reportés au lieu d'être présentés dans les débiteurs.	2014-2015	O	La présentation des comptes à recevoir sur les projets de recherche sera revue en 2017-2018.			NR
<b>Rapport à la gouvernance</b>						
(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	2014-2015	C	Le bilan 2015-2016 du CIUSSS a été adopté et entériné par le CA à sa séance de septembre 2016.	R		



Cadre global de gestion.					
(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.	2014-2015	O	Les nouveaux employés signent un formulaire d'engagement à la confidentialité et le respect de l'éthique qui résume les principales responsabilités des utilisateurs des actifs informationnels. La politique SI du CIUSSEMTL vient d'être adoptée (mars 2017). Le plan de diffusion et de sensibilisation sera réalisé à compter de l'automne 2017.		PR
(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, dans une approche CIUSSS, est déjà amorcée et sera complétée d'ici la fin de l'exercice financier 2017-2018.		PR
(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.	2014-2015	O	La séparation des tâches entre l'attribution et l'autorisation des droits d'accès sera assurée par l'application du cadre de gestion SI nouvellement adoptée ainsi que la procédure afférente.		PR
(Appartient à LT): Aucun rapport concernant les contrôles effectués par le Technocentre.	2014-2015	C	Le commentaire concerne les établissements qui utilisaient l'application SAP hébergée au Technocentre. Le commentaire n'est plus pertinent suite à l'intégration des applications GRF-GRM de Logibec qui sont hébergées au CIUSSS.		R
(Appartient à HMR): Les scénarios de tests et les résultats des tests de changements de version apportés aux applications GRF, Virtuo RH et Virtuo Paie ne furent pas documentés et conservés.	2014-2015	C	Ce commentaire est réglé pour GRF suite à l'implantation des systèmes intégrés à la P12 2016-2017. Lors de l'intégration des systèmes GRH-Paie, nous		R

			mettrons en place un processus de documentation et de tests lors des changements de version.			
(Appartient à HMR): La version de la base de données Oracle pour les applications GRF et GRM n'est plus supportée.	2014-2015	<b>C</b>	Ce commentaire est réglé pour GRF suite à l'implantation des systèmes intégrés à la P12 2016-2017.	<b>R</b>		
(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 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.	2014-2015	<b>O</b>	L'intégration GRF-GRM est effective le 5 février 2017. Il y a donc arrêt des contrôles par des tierces parties à compter de cette date sur les applications financières.	<b>R</b>		
(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 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.	2014-2015	<b>O</b>	Dans le contexte du regroupement des effectifs en juin 2016 et de l'intégration GRF-GRM au 5 février 2017, l'observation 2014-2015 de PDI devient obsolète: ces deux éléments amènent une redéfinition des contrôles et de leur surveillance.  Le volet audit des contrôles sera assuré par une personne non impliquée dans l'exécution de ceux-ci. L'audit sera effectué pour l'ensemble du CIUSSS.		<b>PR</b>	
(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 contrôler.	2014-2015	<b>O</b>	Un contrôle de la séquence numérique a été mis en place pour les installations où la vente est faite par le personnel SAPA.  Il reste à mettre en place le même type de contrôle à l'installation CHSLD François-Séguenot.		<b>PR</b>	
(Appartient à PDI): Lors de la vente	2014-2015	<b>O</b>	Une directive a été émise	<b>R</b>		

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.			d'exiger que les coupons soient détachés (vente repas) ou déchirés (coupons orange) afin que ceux-ci ne puissent être réutilisés.			
Nous avons observé que des utilisateurs des applications GRF peuvent créer une écriture de journal et peuvent aussi approuver cette écriture de journal.	2016-2017	<b>O</b>	Le processus de séparation des tâches dans l'approbation des écritures de journal sera automatisé dans la nouvelle application GRF en cours d'exercice 2017-2018.			<b>NR</b>

**– ANNEXE 1 –**

**Code de déontologie des administrateurs applicable  
aux membres du conseil d'administration**

## TABLE DES MATIÈRES

<b>PRÉAMBULE .....</b>	<b>3</b>
<b>SECTION 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES .....</b>	<b>4</b>
<b>SECTION 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE .....</b>	<b>7</b>
<b>SECTION 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS .....</b>	<b>11</b>
<b>SECTION 4 — APPLICATION .....</b>	<b>13</b>
<b>ANNEXE I – ENGAGEMENT ET AFFIRMATION DU MEMBRE .....</b>	<b>18</b>
<b>ANNEXE II – AVIS DE BRIS DU STATUT D'INDÉPENDANCE .....</b>	<b>19</b>
<b>ANNEXE III – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU MEMBRE .....</b>	<b>20</b>
<b>ANNEXE IV – DÉCLARATION DES INTÉRÊTS DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL .....</b>	<b>20</b>
<b>ANNEXE V – DÉCLARATION DE CONFLIT D'INTÉRÊTS .....</b>	<b>22</b>
<b>ANNEXE VI – SIGNALEMENT D'UNE SITUATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS .....</b>	<b>23</b>
<b>ANNEXE VII – AFFIRMATION DE DISCRÉTION DANS UNE ENQUÊTE D'EXAMEN .....</b>	<b>24</b>

## **PRÉAMBULE**

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

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

## Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

### Fondement légal

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

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

### Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Personne indépendante** : Tel que défini à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, une personne se qualifie comme indépendante,

notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

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

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

#### Champ d'application

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

#### Disposition finale

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

#### Diffusion

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

---

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

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

### 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.

### Règles de déontologie

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

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

#### **8.1 Disponibilité et compétence**

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

#### **8.2 Respect et loyauté**

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

#### **8.3 Impartialité**

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

#### **8.4 Transparence**

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

#### **8.5 Discrétion et confidentialité**

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement,

constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

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

#### **8.6** Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisans.

#### **8.7** Relations publiques

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

#### **8.8** Charge publique

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

#### **8.9** Biens et services de l'établissement

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

#### **8.10** Avantages et cadeaux

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui

est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

**8.11 Interventions inappropriées**

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

### Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

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.

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.

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.

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.

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.



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.

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

### 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.

### 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.

#### 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.

#### 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).

#### 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.

#### 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 \_\_\_\_\_, 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 \_\_\_\_\_ et je m'engage à m'y conformer.

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

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

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

\_\_\_\_\_  
**Nom du commissaire à l'assermentation**

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





### Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

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

**1. Intérêts pécuniaires**

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

Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'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 \_\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_

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

### Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

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

### 1. Intérêts pécuniaires

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 2. Titre d'administrateur

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. Emploi

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

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

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

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

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

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

**Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts**

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

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

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

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

Je, soussigné, \_\_\_\_\_, 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**