

# Rapport annuel 2014-2015

Installation Centre de santé et de services sociaux  
Saint-Léonard – Saint-Michel

# Table des matières

<b>Déclaration de fiabilité des données</b> .....	<b>3</b>	<b>Ressources humaines de l'établissement</b> .....	<b>38</b>
<b>Rapport de la direction</b> .....	<b>3</b>	<b>Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés</b> .....	<b>39</b>
<b>Présentation de l'établissement</b> .....	<b>4</b>	<b>États financiers et analyse des résultats des opérations</b> .....	<b>42</b>
Mission.....	4	<b>État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant</b> .....	<b>48</b>
En bref .....	4	<b>Code d'éthique et de déontologie</b> .....	<b>50</b>
Organigramme.....	5		
Direction famille-enfance-jeunesse et santé publique.....	6		
Direction des services généraux et spécifiques aux adultes .	6		
Direction des services aux personnes en perte d'autonomie .....	7		
Direction de l'hébergement .....	8		
Direction des services professionnels.....	8		
Direction des soins infirmiers et des pratiques professionnelles.....	9		
Direction de la qualité .....	10		
Direction des ressources humaines .....	10		
Direction des services financiers, techniques et informationnels.....	11		
<b>Planification stratégique et entente de gestion et d'imputabilité</b> .....	<b>13</b>		
Réalizations en lien avec la planification stratégique pour l'année financière 2014-2015.....	13		
Suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité 2014-2015 .....	21		
Loi sur la gestion et contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'état .....	28		
Agrément .....	28		
Sécurité des soins et des services .....	28		
Gestion des plaintes et respect des droits des usagers ..	28		
Évaluation de la satisfaction de la clientèle.....	30		

Le rapport annuel de gestion 2014-2015 du CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel est une production de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Il est disponible à la section Publications du site [www.ciuss-estmtl.gouv.qc.ca](http://www.ciuss-estmtl.gouv.qc.ca).

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

# Déclaration de fiabilité des données

À titre de président-directeur général du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux 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 2014-2015 du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel :

- 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 2015.



Le président-directeur général,  
Yvan Gendron

## Rapport de la direction

Les états financiers du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel 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.

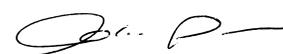
La direction du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

La loi prévoit que le conseil d'administration doit approuver les états financiers de l'établissement suite à l'examen et la recommandation de son comité de vérification. Or, dans le contexte de l'application 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, (ci-après «Loi sur la réorganisation») le conseil d'administration ainsi que ses comités ont été dissous. Depuis la fusion de l'établissement au 1er avril 2015, aucun membre indépendant du nouveau conseil d'administration n'a été nommé. Considérant ce qui précède, c'est le président-directeur général qui, en vertu de l'article 195 de la Loi sur la réorganisation, exerce tous les pouvoirs du conseil d'administration jusqu'au 30 septembre 2015 ou, selon la première des deux dates, jusqu'à ce que la majorité des membres indépendants du conseil soient nommés. Les états financiers ont donc été approuvés par le président-directeur général du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal après avoir été audités par la firme Amyot Gélinas, S.E.N.C.R.L. dûment mandatée pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues au Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Amyot Gélinas, S.E.N.C.R.L. peut, sans aucune restriction, rencontrer le président-directeur général pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Yvan Gendron  
Président-directeur général



Céline Morin  
Directrice générale adjointe finances, soutien, administration et performance et directrice des ressources financières

# Présentation de l'établissement

## Mission

La mission du CSSS est de contribuer à l'amélioration de la santé globale, du bien-être et des conditions de vie de la population par des services accessibles, intégrés et de qualité en assurant la

continuité, notamment par des actions de prévention et de promotion de la santé, et ce, en concertation avec les partenaires de la communauté.

## En bref

Le Centre de santé et de services sociaux de Saint-Léonard et Saint-Michel est situé dans la partie centre-est de l'île de Montréal et son territoire correspond, à l'échelle municipale, à l'arrondissement de Saint-Léonard et au quartier de Saint-Michel de l'arrondissement Villeray – Saint-Michel – Parc-Extension (codes postaux H1P, H1R, H1S, H1T, H1Z et H2A). Le CSSS dessert une population multiethnique de 130 000 personnes (recensement de 2011).

Les coûts d'opération 2014-2015 ont été de 94,1 millions de dollars. Le CSSS rassemble quelque 1 240 employés, 48 médecins, trois dentistes et cinq pharmaciens ainsi que 77 bénévoles dans ses cinq installations. Il exploite 448 lits d'hébergement de longue durée. Finalement, le CSSS peut compter sur trois clinique-réseau dont deux sont aussi groupes de médecine familiale pour compléter son offre de service de première ligne.

Le CSSS comprend cinq installations :

### CLSC de Saint-Léonard

5540, rue Jarry Est  
Montréal



### CLSC de Saint-Michel

3355, rue Jarry Est  
Montréal



### Centre d'hébergement de Saint-Michel

3130, rue Jarry Est  
Montréal  
160 places d'hébergement de longue durée



### Centre d'hébergement des Quatre-Temps

7400, boul. Saint-Michel  
Montréal  
192 places d'hébergement de longue durée



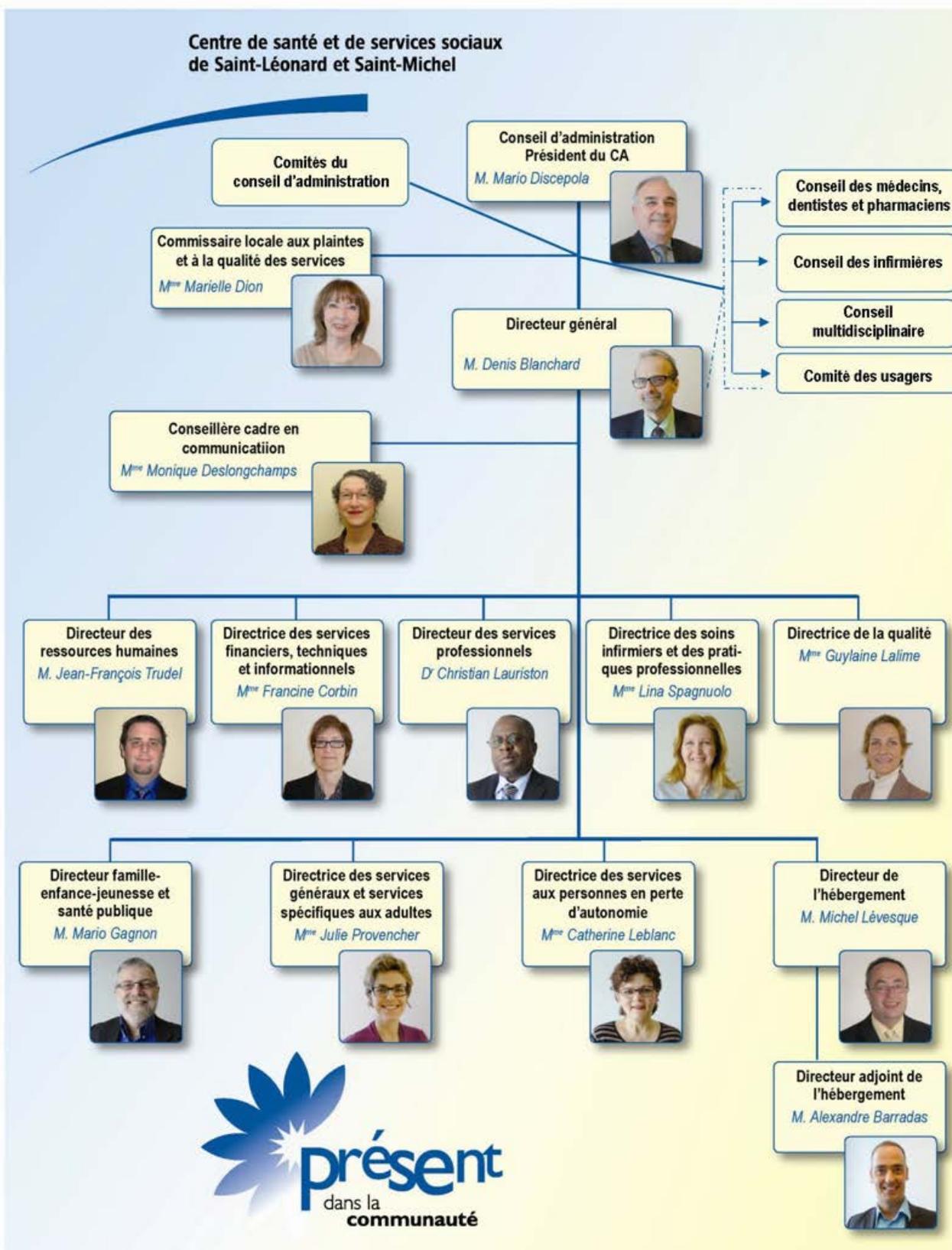
### Centre d'hébergement des Quatre-Saisons

6767, rue Cartier  
Montréal  
96 places d'hébergement de longue durée



Numéro unique : 514 722-3000

# Organigramme



La Direction famille-enfance-jeunesse et santé publique (DFEJSP) offre des services de santé et des services sociaux, préventifs et curatifs, à la clientèle âgée de 0 à 17 ans et aux familles de ces jeunes.

Les services de promotion et de prévention en santé publique assurent, entre autres, la promotion et la prévention des habitudes de vie liées au tabagisme, à l'activité physique et à l'alimentation ainsi que le développement d'environnements favorables aux tout-petits et à leur famille, des pratiques préventives en milieu clinique (vaccination, approche préventive populationnelle), la promotion et la prévention en milieu scolaire et la participation à l'amélioration d'un environnement de qualité pour les familles des territoires desservis par le CSSS.

#### Observatoire populationnel

Le travail autour de l'observatoire populationnel s'est poursuivi à travers la démarche de planification stratégique de la table de quartier de Saint-Léonard. L'implication auprès de cette table permet d'expérimenter la composante de démocratisation des données dans le cadre d'une démarche collective d'appropriation et de problématisation.

#### Logement et salubrité

Deux importants chantiers se sont mis en branle en matière de logement. Le premier concerne la démarche pour le quartier de Saint-Michel Est, qui consistait à documenter l'ampleur des problèmes de salubrité dans les logements de ce secteur, et le deuxième concerne la proposition de la Direction de santé publique de Montréal de participer à un projet d'identification des logements insalubres en équipant les intervenants à domicile d'outils d'identification et de référence. Ces outils permettent aux intervenants, œuvrant à domicile, de détecter les cas d'insalubrité et de soutenir les familles faisant face à pareille situation. Une tournée de sensibilisation des médecins pour détecter les symptômes d'insalubrité dans la population a également été réalisée par l'infirmière conseil en prévention clinique.

#### Projets pour les aînés vulnérables ou victimes d'abus et de maltraitance

Une entente intersectorielle pour contrer l'abus et la maltraitance a été conclue avec sept partenaires de Saint-Léonard en janvier. Cette entente est le résultat des travaux du comité abus et maltraitance, lui-même issu de la Table des aînés en action de Saint-Léonard.

Parallèlement, la Table d'action des aînés de Vivre Saint-Michel en santé a développé un projet d'intervention de proximité s'inspirant du travail de rue à l'intention des personnes âgées de 65 ans et plus, particulièrement vulnérables, visant l'amélioration de leurs conditions de vie ainsi que leur intégration à leur voisinage et à la vie communautaire.

**Lutte aux infections transmissibles sexuellement et par le sang**  
L'adoption de cinq orientations stratégiques, issues de la charte d'Ottawa en promotion de la santé, est venue consolider le travail de l'équipe développement des communautés et santé publique après l'intégration des mandats de promotion à la santé et de lutte aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

L'équipe travaillant en communauté stratégique a proposé la création d'une clinique de santé sexuelle, concernant la promotion, la prévention et le dépistage, comme modalité de réponse aux problèmes de dépistage et de traitement des ITSS identifiés par les partenaires du territoire. Dans un esprit d'accessibilité et de continuum de services, la conseillère en promotion de la santé a également poursuivi la mise en place d'ateliers de santé sexuelle dans les écoles primaires et expérimenté dans les écoles secondaires le programme À vos marques prêts... Respect! qui sera implanté en cours d'année scolaire 2015.

De plus, la conseillère en promotion de la santé a assuré la mise à jour des connaissances des intervenants psychosociaux et des équipes en soins infirmiers courants afin de consolider le bon fonctionnement du Centre d'accès au matériel stérile d'injection qui s'inscrit dans la lutte aux virus de l'hépatite C et du virus de l'immunodéficience humaine auprès des personnes utilisatrices de drogues injectables.

#### DIRECTION DES SERVICES GÉNÉRAUX ET SPÉCIFIQUES AUX ADULTES

La Direction des services généraux et services spécifiques aux adultes (DSGSSA) regroupe les services d'accueil, d'information et d'archives, de consultation psychosociale avec et sans rendez-vous, d'intervention en situation de crise, de vaccination antigrippale, de prélèvements, de services infirmiers avec et sans rendez-vous et d'authentification de la carte d'assurance maladie.

De plus, des services spécifiques aux adultes sont offerts tels que des suivis en santé mentale, de l'accompagnement psychosocial lié à des limitations d'ordre physique et intellectuel, pour des situations de violence conjugale, d'adaptation psychosociale ou de difficultés transitoires.

Finalement, les services spécifiques aux adultes ont aussi fourni des services de promotion, de prévention et d'intervention en lien avec le cancer, des services de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ainsi que des services de prise en charge des maladies chroniques, telles que le diabète, la haute tension artérielle et les maladies pulmonaires obstructives chroniques.

**Programmes de suivi systématique des maladies chroniques**  
Au cours de l'année 2014-2015, l'équipe des maladies chroniques a élargi son offre de service pour les personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC). En plus des personnes diabétiques ou ayant une haute tension artérielle, celles ayant un diagnostic MPOC peuvent maintenant

recevoir un suivi systématique offert par une équipe interdisciplinaire. Un corridor de services de deuxième ligne est instauré avec l'Hôpital Santa Cabrini pour les usagers ayant des besoins plus spécialisés. Ce meilleur arrimage entre les urgences, les départements spécialisés de pneumologie, le pharmacien communautaire et l'équipe des maladies chroniques a permis d'améliorer l'accès et la continuité des services. Le groupe de médecine de famille de la Clinique Perrier a aussi participé à un projet pilote afin de prendre en charge une proportion importante d'usagers avec MPOC afin de désengorger les listes d'attente en pneumologie dans les deux hôpitaux du secteur.

Un second projet a vu le jour au sein de l'équipe des maladies chroniques avec l'ajout d'une infirmière spécialisée en soins de pieds. Une offre de service pour les personnes atteintes de pied diabétique est en cours d'actualisation et permettra de traiter rapidement la clientèle avec ce problème.

#### **Offre de service de première ligne en dépendance**

La DSGSSA, en collaboration avec toutes les directions cliniques en CLSC, a développé et mis en place une trajectoire fluide pour les personnes aux prises avec des dépendances. Le continuum de services est déployé et identifie clairement les différentes dimensions à prendre en compte. Les intervenants ont reçu des formations portant sur l'évaluation, l'intervention motivationnelle et approfondiront, au cours de la prochaine année, l'approche motivationnelle. L'arrimage avec les partenaires spécialisés est en place et favorise la continuité du service. Notre gamme de services s'étend donc de la promotion et de la prévention à l'intervention auprès des jeunes et des adultes, qu'ils soient motivés ou non, en plus d'être un centre désigné pour les utilisateurs de drogues injectables.

#### **Plan de transfert en santé mentale**

L'ingénierie des processus en santé mentale adulte a été revue afin d'optimiser et de réduire les délais d'accès de près de 30%. La consolidation de l'équipe des services d'intensité variable et le transfert de mandat et de clientèle de l'Institut universitaire de santé mentale de Montréal vers le CSSS sont une réussite digne de mention! Cette réorganisation s'est actualisée avec une vision de services intégrés centrés sur le patient.

#### **Programme de lutte contre le cancer**

La direction a collaboré à la mise en place du programme de lutte contre le cancer en participant aux rencontres régionales visant à actualiser les trajectoires cancer par foyer tumoral. De plus, le CSSS a fait preuve d'un bon leadership dans ce dossier en organisant des rencontres sous-régionales entre les trois CSSS de l'est de Montréal, les organismes communautaires et les milieux hospitaliers, afin d'optimiser nos façons de travailler pour qu'une trajectoire fluide et intégrée soit disponible pour le patient.

## **DIRECTION DES SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE**

**La Direction des services aux personnes en perte d'autonomie (DSPPA) actualise sa responsabilité populationnelle auprès des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, des personnes atteintes d'une déficience physique ainsi qu'auprès des personnes en perte d'autonomie temporaire, malades, posthospitalisées et postopérées ayant besoin des services à domicile à court terme. Font également partie de la clientèle ciblée, les proches qui apportent un soutien régulier ou occasionnel à une personne ayant des incapacités.**

**La DSPPA offre des services d'accueil et d'évaluation des demandes de services et d'orientation vers les ressources appropriées, des services d'aide et d'assistance à domicile, des soins infirmiers, des services médicaux, de réadaptation fonctionnelle, d'ergothérapie, de physiothérapie, d'inhalthérapie, de nutrition ainsi que des services psychosociaux. La direction assume des activités de promotion et de prévention, notamment pour contrer l'abus et la négligence, prévenir les chutes et soutenir les proches aidants. Le centre de jour, les ressources non institutionnelles et le programme d'aides matérielles et techniques relèvent également de la DSPPA.**

#### **Développement du continuum et de l'offre de service**

L'optimisation des services de soutien à domicile a été consolidée notamment par l'augmentation de l'intensité de services à domicile pour la clientèle âgée, qui se traduit par un dépassement de 136% de la cible de l'entente de gestion de 2014-2015.

Les activités de prévention de l'épuisement des aidants ont été poursuivies en collaboration avec le Centre des aînés du réseau d'entraide de Saint-Léonard, la Société Alzheimer, l'Institut Nazareth et Louis-Braille et en coopération avec les organismes le Temps d'une pause de Saint-Michel pour offrir des journées de répit aux aidants.

Les ententes de collaboration avec le Centre des aînés du réseau d'entraide de Saint-Léonard et le Centre communautaire des aînés Saint Michel Rosemont, concernant la prévention des chutes, ont été renouvelées pour la tenue des groupes du programme intégré d'équilibre dynamique. Cinq groupes, rassemblant 63 personnes, ont été formés.

De plus, la DSPPA a atteint 100% des cibles en ayant rencontré 188 clients dans le cadre des services ambulatoires de réadaptation pour la clientèle âgée.

#### **Réseau de services intégrés pour personnes âgées (RSIPA)**

En janvier a eu lieu le lancement de l'entente relative au repérage de l'abus et de la maltraitance envers les aînés. Ce projet est issu d'une consultation avec les partenaires de la communauté regroupés autour de la Table de concertation des aînés en action de Saint-Léonard.

La fluidité du parcours de la clientèle âgée s'est améliorée au sein du réseau de services dans l'est de Montréal par la consolidation des mesures déployées en 2013-2014. La mise en place d'un gestionnaire de cas dédié à la clientèle qualifiée comme grande consommatrice de services, pour chaque CSSS, et la présence de cinq intervenants réseau, en provenance des trois CSSS de l'est, dans les urgences des hôpitaux, ont permis une meilleure coordination des services. Grâce à ces mesures, les CSSS sont avisés rapidement de l'arrivée d'un client à l'urgence, ce qui permet de préparer sa sortie de l'hôpital. Ces travaux ont eu un impact sur la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux et le retour à domicile des personnes âgées lorsque la fin des soins actifs a été déterminée par les hôpitaux.

#### **Plan d'amélioration continue de la qualité**

L'actualisation du plan d'amélioration continue et la gestion de risques a été poursuivie par le comité qualité, sécurité et optimisation des ressources. Le comité s'est réuni six fois au cours de l'année et ses actions se sont centrées sur la reconnaissance au travail et la gestion des risques.

#### **DIRECTION DE L'HÉBERGEMENT**

**La Direction de l'hébergement offre des services d'hébergement et de soins de longue durée dans trois installations où elle accueille 448 résidents. Dans le cadre de sa mission, la direction poursuit des objectifs d'implantation de l'approche milieu de vie afin que l'hébergement du résident puisse se faire dans un contexte le plus normalisant possible. Les équipes en place travaillent quotidiennement à offrir des services spécialisés et personnalisés tout en permettant aux résidents de profiter d'un milieu de vie sécuritaire, adapté à leur autonomie et à leur condition de santé.**

#### **Amélioration continue et le développement des compétences**

L'implantation du programme clinique cadre en soins de longue durée (SLD), axé sur neuf processus cliniques visant le maintien de l'autonomie de la personne âgée et l'identification des cheminements cliniques orientés sur la prévention et la gestion des risques, s'est poursuivie cette année. Des activités de mesure de la qualité (audits) réalisées par les infirmières cliniciennes au développement clinique en hébergement ont permis d'élargir les compétences des membres de l'équipe de soins en ce qui a trait à la prévention des chutes, à l'utilisation des mesures de contrôle, aux soins de plaies et à la gestion de la douleur. C'est dans le cadre de trois rencontres qui ont eu lieu lors du forum des infirmières et des infirmiers, qui représente une moyenne de 30 participants par rencontre et 210 heures de formation, ainsi que lors du forum interdisciplinaire, qui a accueilli une quinzaine de participants, que le personnel a été formé.

La Direction de l'hébergement (DH) a également réalisé un projet ministériel paritaire nommé «Valorisation des rôles et

développement des compétences en soins d'assistance des préposés aux bénéficiaires (PAB) dans le cadre de l'implantation du nouveau programme clinique cadre en soins de longue durée (SLD). Ce projet visait à augmenter l'attraction et la rétention de la main-d'œuvre en centre d'hébergement par la réorganisation du travail et la mise en place de pratiques novatrices favorisant l'amélioration de la continuité des soins, la qualité, la valorisation et l'utilisation des compétences des PAB. Ainsi, plus de 77 % des PAB du Centre d'hébergement des Quatre-Temps ont reçu les trois formations identifiées au projet : « Le rôle du PAB dans le programme clinique cadre en SLD, AGIR pour préserver et AGIR pour collaborer », ce qui représente 718 heures de formation et plus de 90 audits réalisés auprès des PAB des unités visées. Une quinzaine d'activités repas a été audité pour 191 résidents en ce qui a trait au processus « alimentation-hydratation-dysphagie, 13 audits ont été réalisés pour le processus « mesures de contrôle », 42 audits pour le processus « prévention des chutes » et 19 audits pour le processus « soins d'hygiène ». Pour chacun des épisodes d'audits réalisés, des rencontres d'équipe se sont tenues avec les PAB pour en faire le suivi et proposer des améliorations. Ce projet a obtenu le premier prix dans la catégorie Qualité des services à la clientèle lors de la Fête de reconnaissance 2014 du CSSS.

Dans le cadre du processus de gestion des troubles de comportement chez la clientèle atteinte de déficits cognitifs, une révision du programme de gestion des déficits cognitifs et des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) a eu lieu et un projet de téléassistance en psychogériatrie, en partenariat avec l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal pour la gestion des SCPD, a été actualisé.

Enfin, toujours en matière d'amélioration continue de la qualité, un plan d'action a été élaboré en lien avec les visites ministérielles d'appréciation de la qualité du milieu de vie des centres d'hébergement des Quatre-Temps et de Saint-Michel qui ont eu lieu en décembre 2014 et le plan d'action pour le Centre d'hébergement des Quatre-Saisons s'est poursuivi.

#### **DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS**

**La Direction des services professionnels (DSP) coordonne les activités médicales et scientifiques pour l'ensemble du CSSS. Elle joue un rôle important dans l'accès aux services de première ligne et dans la consolidation de ces mêmes services.**

**Elle participe au recrutement de médecins de façon continue et travaille en étroite collaboration avec les différentes directions ainsi qu'avec la table locale du département régional de médecine générale (DRMG) pour assurer un service médical approprié selon les besoins de la clientèle du territoire.**

**La Direction des services professionnels comprend le service de radiologie, le département de pharmacie ainsi que les services médicaux en centre d'hébergement et en CLSC.**

**Équipe dentaire et médicale en CLSC et en hébergement**  
Les effectifs des services dentaires et médicaux comprennent trois dentistes et 48 médecins omnipraticiens. Cela correspond à 26,94 équivalents à temps complet (ETC) en CLSC ainsi qu'à 6,27 ETC en hébergement.

#### **Entente et collaborations**

Une entente a été signée avec l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal concernant la fluidité des références de la clientèle nécessitant une évaluation psychiatrique vers le module d'évaluation liaison.

Le département de la radiologie peut désormais compter sur la collaboration des firmes Radiologix et Archi-medec pour la lecture et la transcription des examens de radiographie.

Par rapport à l'an dernier, le territoire compte un groupe de médecine de famille (GMF) de plus, soit le GMF Clinique médicale Perrier, ce qui a permis d'augmenter la prise en charge des patients inscrits sur la liste du guichet d'accès pour la clientèle orpheline à plus de 80 %. Ce GMF a aussi une entente avec l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et l'Hôpital Santa Cabrini pour l'optimisation de la prise en charge des patients avec maladie pulmonaire obstructive chronique.

#### **Département de pharmacie**

La pharmacie compte quatre pharmaciens (3,2 ETC), un pharmacien-chef (0,6 ETC) et huit assistants techniques en pharmacie (7 ETC).

Le département de pharmacie a finalisé l'implantation du bilan comparatif des médicaments à l'admission, au transfert et au congé pour l'ensemble des centres d'hébergement, à l'exception des personnes admises au du programme d'hébergement pour évaluation. Il a également contribué à la formation des assistants techniques en pharmacie en lien avec la délégation contenant-contenue ainsi qu'à l'encadrement de stagiaires en pharmacie de l'Université de Montréal et de stagiaires du programme d'assistance technique en pharmacie. Il s'est finalement assuré de la poursuite des évaluations cliniques annuelles pour l'ensemble des résidents des centres d'hébergement.

#### **DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

**La Direction des soins infirmiers et des pratiques professionnelles (DSIPP) est une direction conseil soucieuse de véhiculer une philosophie d'intervention axée sur l'interdisciplinarité. Le volet soins infirmiers contribue au développement et à la surveillance de la qualité des soins infirmiers tout en assurant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, et ce, de concert avec les équipes de cliniciens et de gestionnaires. Le volet pratiques professionnelles vise la qualité et la sécurité des services à la population par le développement de pratiques professionnelles efficaces et efficaces ainsi que**

**par le rehaussement, le maintien et le transfert des compétences des professionnels qui les dispensent.**

**Afin de répondre adéquatement aux mandats qui lui sont dévolus, la DSIPP compte cinq conseillères cadres pour les missions CLSC et hébergement. Cette direction est responsable de la pratique professionnelle de plus de 180 infirmières, de 115 infirmières auxiliaires et de près de 200 professionnels, occupant plus de 20 titres d'emplois différents, répartis dans les cinq installations de l'établissement ainsi que dans les deux ressources non institutionnelles.**

#### **Développement des pratiques professionnelles**

La DSIPP a poursuivi ses efforts de développement pour implanter des pratiques professionnelles efficaces et efficaces grâce au rehaussement, au maintien et au transfert des compétences des professionnels. L'année a été marquée par la consolidation de pratiques d'intervention en lien avec les programmes interdisciplinaires suivants : le programme de gestion de la douleur, le protocole d'application des mesures de contrôle et le programme de prévention des chutes.

#### **Encadrement professionnel**

Des modalités d'encadrement professionnel se sont poursuivies, comme le programme de préceptorat et de soutien aux préceptrices et le suivi de dossiers d'évaluation des compétences des professionnels ciblés. Aussi, la mise en place de groupes de soutien clinique, basés sur une approche de soutien par les pairs (codéveloppement), ainsi qu'un programme d'accueil et d'intégration ont permis de rehausser le sentiment d'appartenance et de développer une identité professionnelle ainsi que des compétences cliniques.

#### **Laboratoire de développement des pratiques professionnelles**

Ce laboratoire de développement des pratiques professionnelles, instauré en collaboration avec la Direction de l'hébergement, est destiné au développement professionnel du personnel du CSSS (soins infirmiers, pratiques professionnelles et autres) autant pour ce qui est de la mission hébergement que de la mission CLSC. Il peut être utilisé pour des conférences, des ateliers de simulation, des recherches documentaires ainsi que pour l'accueil et l'intégration des nouveaux employés. On peut aussi y animer des groupes de soutien clinique, mettre sur pied un club de lecture et plus encore.

#### **Ressources humaines**

Afin de contribuer aux efforts de recrutement, la DSIPP a participé aux entrevues d'embauche pour le personnel en soins infirmiers et pratiques professionnelles, à la révision des descriptions de fonctions et à l'élaboration des profils de compétences recherchés. Également, des stages cliniques en soins infirmiers et pratiques professionnelles, incluant l'accueil des stagiaires, le soutien aux superviseurs, la redistribution des revenus de stages aux superviseurs ou aux équipes de travail et l'élaboration d'un guide pratique à l'intention des superviseurs ont été

coordonnés par la direction. De plus, un document en soutien à la pratique clinique pour l'adaptation des soins et des services dans un contexte interculturel a été déployé afin de sensibiliser les employés à ce contexte.

### **Prévention et contrôle des infections**

Le comité de prévention des infections a poursuivi ses rencontres afin de promouvoir les bonnes pratiques d'hygiène des mains. L'étroite collaboration avec le service hygiène et salubrité, buanderie et lingerie, en ce qui a trait aux procédures et aux recommandations, a permis de mieux gérer les éclosions en centre d'hébergement.

La DSIPP a également analysé les risques d'infections nosocomiales dans le cadre de travaux de construction et de rénovation ainsi que mis en place des outils et des moyens afin de faire face adéquatement à un éventuel cas d'Ebola.

### **DIRECTION DE LA QUALITÉ**

**La Direction de la qualité (DQ) a pour mandat d'assurer la qualité et la sécurité des soins et des services offerts au CSSS. Outre la qualité, ses principales responsabilités sont à l'égard de la prestation sécuritaire des services à la clientèle, la gestion des risques, la performance clinique, la réingénierie des processus de travail et les orientations stratégiques de l'organisation.**

La DQ s'inscrit en continuité avec les orientations prises par la direction générale qui est de développer une direction porteuse de la vision de la qualité. En ce sens, la DQ exerce un leadership transformationnel qui permet au CSSS d'accomplir sa mission et de contribuer à l'avancement des pratiques de qualité. Cette direction préconise une vision intégrée de la qualité qui encourage la réalisation de stratégies et d'actions amenant l'organisation vers une culture de qualité, de sécurité et de performance.

Elle soutient la volonté organisationnelle d'amélioration continue des pratiques, des soins et des services et travaille à mettre en place une synergie entre les acteurs et les instances qui détiennent des rôles clés en matière de qualité et de sécurité. La DQ cherche à favoriser et à promouvoir l'atteinte des meilleurs résultats pour le bénéfice de la clientèle.

### **Développement de processus**

Au cours de la dernière année, la DQ a travaillé à l'avancement de deux axes de la planification stratégique de l'établissement, soit la consolidation du processus de gestion intégrée de la qualité et la mise en place du programme de gestion intégrée des risques.

Des activités visant à faire connaître le nouveau Programme de gestion intégré de la qualité, élaboré en octobre 2013, se sont tenues. Des travaux de révision des processus de travail au secteur des prélèvements de même qu'en santé mentale se sont poursuivis. La direction a également réalisé plusieurs audits cliniques et ad-

ministratifs et soutenu les directions dans l'élaboration de grilles d'évaluation et dans la méthodologie de réalisation d'audits.

### **Éthique et qualité**

Neuf rencontres du comité d'éthique clinique et organisationnelle ont eu lieu. Après consultation auprès du personnel des deux missions, le comité a rédigé une fiche éthique sur les défis de transiger avec des usagers ayant des comportements difficiles. Le comité a également adopté six autres fiches éthiques qui ont été déposées dans l'intranet du CSSS afin de soutenir les professionnels et les médecins dans leurs pratiques.

De plus, un comité de travail composé de membres du conseil d'administration, de personnes-cadres et d'intervenants s'est réuni à trois reprises afin d'évaluer le code d'éthique en vigueur. Au terme de ces rencontres, le comité a maintenu le statu quo, soit la poursuite du code actuel sans ajustements, en raison du contexte de fusion qui s'annonçait.

### **Agrément**

Des travaux de suivi des recommandations, demandés suite à la visite d'agrément d'octobre 2013, ont pris place dans le but de se conformer à cinq critères. Ces travaux ont été reconnus par le comité d'approbation d'Agrément Canada et le statut d'organisme agréé fut maintenu.

### **Gestion intégrée des risques**

En ce qui a trait à la gestion intégrée des risques, les travaux se sont poursuivis afin d'identifier les risques dans chacune des directions. Chacune d'entre elles a réalisé les activités de son plan d'action visant à atténuer ou à éliminer les principaux risques identifiés.

### **DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES**

**La Direction des ressources humaines regroupe les services suivants : dotation, rémunération et avantages sociaux, développement des ressources humaines, relations de travail, liste de rappel, santé et sécurité au travail.**

### **Réduction de la main-d'œuvre indépendante**

Afin d'atteindre les objectifs en réduction de la main-d'œuvre indépendante, surtout au niveau des soins infirmiers, la Direction des ressources humaines (DRH) a mis en place, en janvier 2013, des actions correspondant à quatre grands axes : **le contrôle des absences et des congés, l'organisation du travail, la renégociation des conventions collectives locales ainsi que le recrutement et la dotation.**

En 2013-2014, les efforts de la DRH se sont concentrés sur le contrôle des absences et des congés en plus de l'organisation du travail et, en 2014-2015, l'exercice s'est poursuivi en misant sur la renégociation des conventions collectives locales ainsi que le recrutement et la dotation. Toutes ces actions ont fait en sorte que, pour la première fois depuis l'implantation des ententes de gestions, la cible concernant l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante (MOI) infirmière est atteinte. La MOI pour les

infirmières en CLSC est réduite de 16,21 % et pour les infirmières en centre d'hébergement, de 36,98 %, ce qui représente une économie de 709 850 \$.

En ce qui a trait aux infirmières auxiliaires, une légère hausse en MOI a été constatée, mais la conclusion d'une entente avec le syndicat FIQ concernant la possibilité d'occuper plus d'un poste à temps partiel permettra sûrement d'atteindre la cible pour l'an prochain.

#### **Recrutement et rétention**

La révision des processus de dotation, afin d'améliorer le taux de rétention des nouvelles embauches, s'est poursuivie cette année. Pour ce faire, différents processus d'entrevue ont été revus, notamment pour le personnel des services auxiliaires, en organisant des entrevues individuelles, avec le soutien des gestionnaires cliniques, plutôt que des entrevues de groupe. Jusqu'à maintenant, une meilleure rétention des ressources embauchées a été observée.

Afin d'optimiser le positionnement de l'organisation sur Internet, l'onglet Emplois du site Internet du CSSS a été amélioré et la DRH a fait appel aux services d'une plateforme de placement afin que les offres d'emploi soient affichées sur des sites de recherche d'emploi visités par des internautes correspondant plus au profil recherché par l'organisation.

Aussi, une entrevue de départ systématique a été mise en place, en collaboration avec une chaire de recherche de l'Université du Québec à Montréal, permettant ainsi d'obtenir un suivi sur les raisons de départ et des pistes de solutions afin de développer des pratiques en recrutement plus efficaces et un meilleur processus d'accueil des nouveaux employés.

#### **Négociations locales**

La renégociation des conventions collectives locales avec les représentants de la catégorie 1, soit l'AIM-FIQ, et des catégories 3 et 4, avec le SFCP, a été conclue. Cette renégociation faisait partie du plan d'action de la DRH afin de réduire l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante et d'améliorer la qualité des soins et des services.

L'objectif premier de ces négociations était d'améliorer la continuité des soins et d'augmenter la flexibilité quant à l'organisation du travail. Par ces négociations, basées sur les intérêts des partis, la gestion de la liste de rappel a été améliorée par l'instauration de clauses favorisant les remplacements à l'intérieur du service. Également, la possibilité d'aménagement des horaires sans réduction du temps de travail a permis de mieux adapter les services aux besoins des usagers. Ces différentes clauses ont aussi offert une meilleure conciliation travail-famille au personnel.

## **DIRECTION DES SERVICES FINANCIERS, TECHNIQUES ET INFORMATIONNELS**

**L'offre de service de la Direction des services financiers, techniques et informationnels (DSFTI) comporte : les services financiers (approvisionnements, gestion financière, paie et budgétaire), les services techniques (sécurité et télécommunications, hygiène et salubrité ainsi qu'entretien et réparation des installations matérielles), le service informatique, la gestion des ressources informationnelles et la gestion documentaire.**

#### **Installations sécuritaires**

Plusieurs projets ont été réalisés pour assurer la sécurité de la clientèle. Le système de surveillance par caméra a été rehaussé, le système d'appel de garde des trois centres d'hébergement a été remplacé, des postes de garde en centre d'hébergement ont été complètement rénovés et les travaux exigés pour une accessibilité sans obstacle ont été finalisés.

#### **Sensibilisation et formation du personnel en sécurité**

En réponse aux demandes d'Accréditation Canada, une formation continue sur les mesures d'urgence et les différents codes de couleur, pour le personnel en poste et nouvellement embauché, a été mise en place. Des formations ont également été intégrées lors des journées d'accueil des nouveaux employés. En hébergement, des formations d'une quinzaine de minutes ont été offertes au personnel de chaque unité de soins et de chaque service. De plus, un calendrier annuel couvrant l'ensemble des exercices de simulations des codes d'urgence pour les cinq installations a été établi. Le secteur sécurité a joint ses compétences au secteur responsable de la gestion des risques cliniques pour sensibiliser tout le personnel lors de la semaine de la sécurité. En 2014-2015, 1 391 personnes ont été formées ce qui donne un total de 2 782 personnes formées depuis 2012.

#### **Services informatiques : une petite équipe performante**

Le service informatique a modernisé les installations et les postes informatiques afin de respecter les orientations ministérielles. La modernisation de l'équipement a permis d'optimiser la protection des données et des copies de sauvegarde.

En ce qui concerne le dossier OACIS, implanté depuis mars 2013, des travaux liés à l'authentification unique et au déploiement de postes clients légers ont été menés à terme. De plus, près de 50 dispositifs d'accès au Dossier Santé Québec ont été distribués aux intervenants et aux médecins.

#### **Services financiers et d'analyse de performance**

L'année a été marquée par l'aboutissement de plusieurs dossiers, dont le développement d'un formulaire dynamique d'affichage de poste, incluant un processus d'autorisation et de transfert électronique, par la finalisation d'un tableau de bord pour le conseil d'administration et le comité de direction ainsi que par l'implantation du paiement électronique pour les fournisseurs.

Ce secteur d'activités compte aussi une petite équipe mobilisée dans l'amélioration de la performance et l'accompagnement des gestionnaires. Elle analyse à la fois les données non financières et financières, soutenue par un contrôle de qualité des données des différentes applications cliniques auditées de façon régulière. Les utilisateurs ont reçu régulièrement des outils et des guides d'amélioration de la saisie d'information clinique. Les applications cliniques ont également été auditées de façon régulière afin d'assurer des processus conformes aux normes attendues.

# Planification stratégique et entente de gestion et d'imputabilité

## Réalisations en lien avec la planification stratégique pour l'année financière 2014-2015

Fruit d'un exercice rigoureux et cohérent avec les valeurs de l'établissement, la planification stratégique s'articule autour de six enjeux. Les pages suivantes présentent les réalisations de l'année financière ainsi que les projets amorcés et reportés.

### ENJEU 1 – LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ – LE CSSS COLLABORE ACTIVEMENT À LA MISE EN PLACE DE CONDITIONS SOCIALES ET ENVIRONNEMENTALES FAVORABLES À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION

Orientations	Réalisé
Favoriser le développement d'activités de promotion et de prévention par le CSSS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consolidation et intégration de l'observatoire populationnel aux activités de l'organisation.</li> </ul>

### ENJEU 2 – L'OFFRE DE SERVICE DE L'ÉTABLISSEMENT EST ADAPTÉE AU CONTEXTE SOCIOCULTUREL ET DÉMOGRAPHIQUE DU TERRITOIRE ET AUX BESOINS ÉMERGENTS ET SPÉCIFIQUES DES CLIENTÈLES VULNÉRABLES

Orientations	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées Réalisé
Poursuivre le développement et l'adaptation de la gamme de services offerts par le CSSS par l'actualisation des projets cliniques	<ul style="list-style-type: none"> <li>consolidation et optimisation du guichet d'accès aux services de soutien à l'autonomie des personnes âgées pour la clientèle post-opératoire et posthospitalisation avec un taux de 100 % de réponse à la clientèle et aux partenaires;</li> <li>poursuite des rencontres du comité tactique composé des directeurs des services aux personnes en perte d'autonomie des établissements du pôle 1 de Montréal;</li> <li>poursuite des différents comités opérationnels abordant le maillage, l'intervenant réseau et le repérage de la clientèle vulnérable, lesquels sont actifs depuis avril 2013 au sein du pôle 1;</li> <li>amélioration de la fluidité du cheminement de la clientèle en perte d'autonomie;</li> <li>évaluation de 92 % des clients du service aux personnes en perte d'autonomie et ayant une déficience physique grâce à la consolidation de l'utilisation de la solution informatique RSIPA concernant le réseau de services intégrés pour personnes âgées;</li> <li>suivi en continu du plan d'action par la direction des services aux personnes en perte d'autonomie et la Direction de l'hébergement;</li> <li>repérage de 100 % de la clientèle vulnérable en provenance de l'Hôpital Santa Cabrini et de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont suite aux travaux du comité de repérage de la clientèle vulnérable;</li> <li>lancement, en janvier 2015, de l'entente relative au repérage de l'abus et de la maltraitance envers les aînés.</li> </ul>
	<b>Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (DI-TED)</b> <b>Réalisé</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>mise en place de la Table des directeurs DI-TED de Montréal;</li> <li>respect du délai du premier service de 100 % pour les clients évalués « urgents » et de 90 % pour ceux « élevé et modéré ».</li> </ul>
	<b>Reporté</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>dépôt du mandat de la table et de son plan d'action.</li> </ul>

## **Jeunesse en difficulté (JED)**

### **Réalisé**

- réalisation en continu de la planification stratégique 2010-2015 par la Table régionale des directeurs du programme-services JED.

### **En attente**

- poursuite des travaux d'un comité de travail conjoint dans chacun des territoires de CSSS portant sur : le Guide de partenariat Centre jeunesse-CSSS, le protocole négligence, la planification annuelle du programme CAFE (crise-ado-famille-enfant) et le Guide de pratique sur le retrait du milieu familial des enfants et des jeunes dans le cadre de la Loi sur les services de santé et les services sociaux en CSSS.

## **Service de 1<sup>re</sup> ligne en dépendance**

### **Réalisé**

- mise en place du projet clinique Dépendance en collaboration avec la Direction des services généraux et services spécifiques aux adultes;
- augmentation des dépistages et des évaluations des jeunes et des adultes à risque d'abus ou de dépendance en toxicomanie et en jeu pathologique grâce au plan d'action mis en place pour faciliter l'accès aux personnes à risque.

## **Santé mentale pour les jeunes et les adultes**

### **Réalisé**

- définition et adoption du plan d'action santé mentale adulte en lien avec le développement du réseau local de services (RLS);
- déploiement du plan d'action en lien avec le déploiement du RLS santé mentale afin d'assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de 1<sup>re</sup> ligne par une équipe multidisciplinaire.

### **Programme québécois de lutte contre le cancer** **Réalisé**

- élaboration du projet clinique sur la lutte contre le cancer;
- animation de deux rencontres sous-régionales;
- participation à la table régionale.

### **À consolider**

- élaboration d'une entente de services avec des partenaires de 2<sup>e</sup> ligne.

### **Programmes de suivi systématique des maladies chroniques** **Réalisé**

- offre de service, par l'équipe des maladies chroniques, à 80 nouveaux usagers souffrant de diabète ou d'hypertension artérielle;
- définition et déploiement d'un programme pour les personnes souffrant d'une maladie pulmonaire obstructive chronique.

### **Procéder à une révision de la programmation clinique afin de mieux répondre aux besoins de la population** **Réalisé**

- Réalisation d'un audit de qualité des 14 unités de soins en hébergement à partir des neuf processus identifiés au programme clinique cadre en soins de longue durée (SLD).
- Implantation en hébergement du processus 1, prévention des chutes, du programme clinique cadre en SLD.
- Implantation en hébergement du processus clinique 2, mesures de contrôle, du programme clinique cadre en SLD.
- Élaboration du programme clinique cadre en SLD et implantation.
- Mise en place de l'équipe du développement clinique en SLD avec la coordonnatrice au développement clinique en hébergement et l'ajout de trois postes d'infirmières cliniciennes.
- Mise en place d'un forum des infirmières assistantes du supérieur immédiat (ASI) pour intégrer les processus du programme clinique cadre en SLD.
- Mise en place d'un forum interdisciplinaire pour intégrer les processus du programme clinique cadre en SLD.
- Mise en place d'un laboratoire d'enseignement pour les soins infirmiers et les pratiques professionnelles pour les missions CLSC et hébergement.
- Présentation des résultats des activités de mesure de la qualité au forum des ASI et au forum interdisciplinaire lors des rencontres.
- Identification du processus 9 du programme clinique cadre en SLD destiné aux préposés aux bénéficiaires (PAB), maintien de l'autonomie et prévention des effets de l'immobilisation, et implantation du processus dans le cadre du projet de réorganisation du travail en soutien à l'implantation du programme clinique cadre en SLD au Centre d'hébergement des Quatre-Temps.

## **Procéder à une révision de la programmation clinique afin de mieux répondre aux besoins de la population Réalisé (SUITE)**

- Participation à un projet d'organisation du travail en hébergement dans lequel le résident est un partenaire actif. Élaboration et application d'un outil diagnostique concernant le profil clientèle et le réseau de services intégrés pour personnes âgées (RSIPA) au Centre d'hébergement des Quatre-Temps. Formation et déploiement de la solution RSIPA en hébergement et réalisation du profil à l'aide du système informatisé des besoins de la clientèle.
- Actualisation du projet paritaire de valorisation des rôles et développement des compétences en soins d'assistance destiné aux PAB dans le cadre de l'implantation du nouveau programme clinique cadre en SLD. Le projet vise à développer les processus de soins d'assistance dédiés aux PAB, à réaliser des audits pour améliorer la qualité des soins et des services en hébergement, à développer les compétences et à valoriser le travail des PAB.

## **Amorcé**

- Adoption et diffusion du programme cadre clinique en soins de longue durée dans les directions cliniques de l'organisation.
- Mise en place d'un comité de développement du programme clinique cadre en SLD pour l'identification des processus de soins basés sur les meilleures pratiques et utilisation des données probantes.
- Implantation du processus 6, troubles de comportements.
- Élaboration du programme de gestion des déficits cognitifs et du syndrome comportemental et psychologique de la démence (SCPD).
- Implantation du processus 3, plaies de pression.
- Implantation du processus 4, prévention et gestion de la douleur.
- Élaboration d'un tableau de bord des activités de mesure de la qualité pour la Direction de l'hébergement.
- Activités de mesure de la qualité faites pour les processus cliniques 1, prévention de chutes, et processus 2, mesures de contrôle, et la distribution des médicaments faite avec le système automatisé et robotisé pour la distribution des médicaments (SARDM).
- Tenue d'activités de soutien clinique.
- Tenue d'activités de formation.

## **Reporté**

- Développement et implantation des processus 5, alimentation et gestion de la dysphagie, processus 7, soins de fin de vie, et processus 8, gestion des médicaments.
- Élaboration et tenue à jour d'un portfolio pour les infirmières, les infirmières auxiliaires, les membres de l'équipe interdisciplinaire et les PAB de la direction de l'hébergement.
- Élaboration et application d'examen cliniques objectifs et structurés (ECOS) pour les infirmières, les infirmières auxiliaires, les membres de l'équipe interdisciplinaire et les PAB de la Direction de l'hébergement.

**ENJEU 3 – La continuité des services pour les clientèles vulnérables – l’arrimage entre l’établissement et ses partenaires est consolidé de façon à assurer aux clientèles vulnérables un accès pertinent et fluide à des services spécialisés**

<p><b>Orientations</b></p> <p>Améliorer la prise en charge et le suivi des clientèles vulnérables du territoire</p>	<p><b>Réalisé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Révision de la formation offerte aux médecins par la Direction des services généraux et services spécifiques aux adultes dans le cadre du projet OACIS.</li> <li>• Déploiement de l’application réseau de services intégrés pour personnes âgées en fonction de la planification de la Direction des services aux personnes en perte d’autonomie et de la Direction de l’hébergement.</li> <li>• Installation de l’authentification unique. En attente d’une décision du ministère de la Santé et des Services sociaux concernant les clients légers.</li> </ul> <p><b>Amorcé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaboration d’un guide pratique sur l’utilisation des outils retenus de coordination des services destinés aux intervenants.</li> <li>• Suites concernant l’entente OACIS Clinique pour le remplacement du logiciel Purkinje à la clinique-réseau : attente d’une réponse du Technocentre régional.</li> </ul> <p><b>Reporté</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rédaction et diffusion dans les directions cliniques de la politique relative à l’élaboration des plans d’intervention et des plans d’intervention interdisciplinaires.</li> <li>• Développement d’un partenariat avec l’Hôpital Santa Cabrini pour l’hébergement des copies de sécurité et la redondance des applications critiques locales.</li> </ul>
<p>Consolider les mécanismes d’accès</p>	<p><b>Réalisé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Description de fonctions et du processus de travail documentée.</li> <li>• Description des trajectoires client documentée.</li> <li>• Description des guichets d’accès documentée.</li> </ul>
<p>Poursuivre le développement de la médecine familiale</p>	<p><b>Réalisé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation du pourcentage de résidents qui ont un médecin de famille.</li> <li>• Discussion avec les responsables médicaux concernés et signature des contrats de groupes de médecine de famille.</li> </ul>

**ENJEU 4 – Les ressources humaines – L'établissement dispose d'équipes de travail qualifiées, stables et composées de ressources suffisantes pour répondre aux besoins de services de la population**

<p><b>Orientations</b></p> <p>Définir et planifier les besoins évolutifs en effectifs pour l'ensemble du CSSS</p>	<p><b>Réalisé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Révision des structures de poste pour les infirmières, les professionnels et les techniciens en fonction des lois 90 et 21.</li> <li>• Intégration des infirmières auxiliaires dans les programmes en CLSC.</li> <li>• Identification du processus 9 du programme clinique cadre en soins de longue durée destiné aux préposés aux bénéficiaires : maintien de l'autonomie et prévention des effets de l'immobilisation.</li> <li>• Mise en place d'un projet permettant de mieux évaluer les besoins du résident pour planifier ses soins.</li> </ul> <p><b>Amorcé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation des activités d'exception et formation des auxiliaires santé et services sociaux.</li> <li>• Réalisation d'exercices de conversion des heures faits annuellement avec CSN et FIQ.</li> </ul>
<p>Soutenir les gestionnaires dans l'exercice de leurs fonctions</p>	<p><b>Réalisé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement d'un outil de gestion des conventions collectives à l'intention du gestionnaire.</li> </ul> <p><b>Amorcé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de gestionnaires ayant eu annuellement une appréciation annuelle de la contribution</li> <li>• Évaluation annuelle des besoins de formation.</li> </ul> <p><b>Reporté</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Révision et application du rôle attendu des cadres de premier niveau.</li> </ul>
<p>Soutenir le développement des compétences et la reconnaissance des réalisations et du bon travail</p>	<p><b>Réalisé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation du programme de formation annuelle et de formation clinique particulière.</li> <li>• Implantation d'un comité pour chaque syndicat et association.</li> <li>• Élaboration, adoption et diffusion du plan de développement des ressources humaines (PDRH).</li> <li>• Mise en place de deux volets sur cinq du PDRH.</li> <li>• Application du programme d'accueil et d'intégration de la Direction des soins infirmiers et des pratiques professionnelles.</li> <li>• Adoption et diffusion du programme cadre clinique sur l'intervention interculturelle. Guides ethnoculturels disponibles sur l'intranet du CSSS.</li> </ul> <p><b>Amorcé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement de deux volets sur cinq du PDRH.</li> <li>• Mise en place dans chaque direction clinique des modalités d'encadrement professionnel des intervenants cliniques ayant moins de deux ans d'expérience dans leur profession.</li> </ul>

<p>Mettre en place des initiatives novatrices de recrutement et de rétention</p>	<p><b>Amorcé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement de stratégies et d'outils de recrutement pour promouvoir le CSSS et son territoire comme milieu de travail attrayant et unique.</li> <li>• Amélioration du taux de réussite de la probation des préposés aux bénéficiaires : augmentation de 15 %.</li> <li>• Augmentation du nombre de stages dans l'établissement.</li> <li>• Développement d'un processus de révision périodique du nombre et de la pertinence des stages offerts en fonction des besoins évolutifs spécifiques du CSSS.</li> <li>• Augmentation de la capacité d'accueil de stagiaires du CSSS dans les secteurs en pénurie.</li> <li>• Diffusion des possibilités de stages sur le site Internet et dans les écoles, les cégeps et les universités.</li> <li>• Développement et adoption des stratégies de rétention.</li> <li>• Élaboration de projets en vue de favoriser le bien-être au travail.</li> </ul>
<p><b>ENJEU 5 – La dynamique de gestion - La dynamique de gestion favorise la complémentarité des rôles et responsabilités entre les directions de l'établissement, l'harmonisation de leurs services et la collaboration interdirectionnelle</b></p>	
<p><b>Orientations</b></p> <p>Assurer la cohérence entre la mission, la vision, les valeurs et les décisions et pratiques de gestion</p>	<p><b>Réalisé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation, selon la demande des directions, des gestionnaires concernant les outils de suivi de performance de Mediamed. Présentation des analyses de la performance financière du CSSS au comité de direction.</li> <li>• Participation des services de l'approvisionnement, financiers, alimentaires et de la pharmacie aux projets régionaux du pôle 1.</li> </ul> <p><b>Amorcé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'un comité d'amélioration de la performance.</li> </ul>
<p>Favoriser une culture d'amélioration de la qualité</p>	<p><b>Réalisé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation d'audits de données par le comité qualité avec la Direction des services généraux et services spécifiques aux adultes. Cohérence des données avec les activités et les cadres normatifs.</li> <li>• Harmonisation des pratiques d'activités de mesure de la qualité et diffusion des résultats, dans le cadre du programme clinique cadre en soins de longue durée et du programme de développement clinique en hébergement.</li> </ul> <p><b>Amorcé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'un répertoire des indicateurs dans les outils de suivi de performance.</li> <li>• Élaboration d'un nouveau format de tableaux de bord pour le conseil d'administration et le comité de direction.</li> </ul>

	<p><b>Reporté</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adoption et diffusion du programme-cadre de gestion intégrée de la qualité.</li> <li>• Élaboration et diffusion d'un plan d'action du programme-cadre de gestion des risques intégrés.</li> </ul>
<p><b>ENJEU 6 — Les communications – La mise en place des orientations du CSSS est appuyée par une gestion stratégique de la communication axée sur l'information et la mobilisation de l'ensemble des publics internes et externes</b></p>	
<b>Orientations</b>	<b>Réalisé</b>
Mieux planifier les communications	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaboration d'un plan de communication ou d'outils élaborés pour chacun des projets organisationnels majeurs pour lesquels la contribution de l'équipe des communications est sollicitée.</li> </ul>
Mieux faire connaître l'offre de service du CSSS à la population et à ses partenaires	<p><b>Réalisé</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépôt de sept projets à des prix d'excellence afin de faire connaître les initiatives et les bons coups : récipiendaire du Prix d'excellence en Développement durable et un projet retenu pour les Bons coups de l'AQESSS.</li> <li>• Mise en place de différents moyens permettant la diffusion de l'offre de service : réalisation de publications, publicité, sollicitation d'entrevues auprès des hebdomadaires locaux, infolettre aux partenaires et ajout de contenu dans le site Internet.</li> <li>• Collaboration avec les partenaires pour mieux informer les communautés culturelles des services offerts par le CSSS et les organismes.</li> <li>• Élaboration de deux publications présentant les services du CSSS selon les principes de littératie.</li> <li>• Participation du CSSS à divers événements organisés sur le territoire : Fête de la famille, Journée du citoyen, Planification stratégique de VSMS, participation à des salons et au Colloque OIIQ, etc.</li> </ul>

### Suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité 2014-2015

Cette section dresse le portrait des résultats de l'atteinte des cibles convenues avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal dans l'entente de gestion pour l'année 2014-2015. Le tableau présente les responsabilités et les obligations de l'organisation et des gestionnaires reliées aux changements dans l'évaluation des services offerts à la population. Les activités du CSSS présentées ont fait l'objet d'une attention plus précise aux fins de la reddition de compte.

### Mission CLSC

Pour assurer la qualité des données statistiques, un registre des contrôles de la qualité des données a été créé au cours de l'année 2014-2015 afin de constituer un historique des événements ayant une incidence quantitative et qualitative sur les données. En 2014-2015, 77 contrôles quantitatifs et qualitatifs sur les données I-CLSC, système d'information sur les services rendus en CLSC, ont été réalisés. Les impacts sur les résultats sont qualitatifs, c'est-à-dire que les travaux réalisés ont permis d'améliorer la fiabilité des résultats.

Programmes – services		Résultats 2013-2014	Résultats 2014-2015	Analyse de la cible			Commentaires
				Cible annuelle	Écart (N)	Écart (%)	
<b>Santé publique</b>							
SIPPE - Services intégrés en périnatalité et petite enfance	Pourcentage de femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les SIPPE	56,89 %	88,46 %	60,00 %	n/a	28,46%	Un suivi étroit de la saisie des fiches de périnatalité a permis d'inclure plusieurs usagers qui étaient omis dans le calcul.
SIPPE – Période prénatale	Nombre moyen de visites à domicile (12 <sup>e</sup> semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour	0,28	0,25	0,25	0,00	0,00%	
SIPPE – Période postnatale 1	Nombre moyen de visites à domicile (de la naissance à la 6 <sup>e</sup> semaine de vie de l'enfant)	0,59	0,54	0,65	-0,11	-17,01%	Plusieurs parents choisissent de se déplacer pour recevoir les services et lorsqu'ils sont réali-sés dans un autre lieu que le domicile, ils sont exclus du résultat dans le calcul de l'indicateur.
SIPPE – Période postnatale 2	Nombre moyen de visites à domicile (de la 7 <sup>e</sup> semaine au 12 <sup>e</sup> mois de vie de l'enfant)	0,11	0,14	0,17	-0,03	-16,03%	Plusieurs parents choisissent de se déplacer pour recevoir les services et lorsqu'ils sont réali-sés dans un autre lieu que le domicile, ils sont exclus du résultat dans le calcul de l'indicateur.

Programmes – services		Résultats 2013-2014	Résultats 2014-2015	Analyse de la cible			Commentaires
				Cible annuelle	Écart (N)	Écart (%)	
<b>Santé publique</b>							
SIPPE – Période postnatale 3	Nombre moyen de visites à domicile (du 13 <sup>e</sup> mois au 60 <sup>e</sup> mois de vie de l'enfant)	0,06	0,07	0,05	0,02	32,96%	
École en santé	Proportion d'écoles qui implantent l'approche	62,10%	44,44%	60,00%	n/a	-15,56%	Le nombre de bâtiments défini pour le calcul de l'indicateur a été révisé à la hausse, ce qui a eu pour effet de diminuer le pourcentage d'écoles qui implantent l'approche.
Vaccination	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccin dans les délais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• DCaT-Polio-Hib</li> <li>• Méningocoque</li> <li>• Rougeole-rubéole-oreillons (RRO)</li> </ul>	87,90%	86,51%	90,00%	n/a	-3,49%	Plusieurs parents partent en vacances dans leur pays d'origine après l'accouchement et font la vaccination à leur retour, ce qui retarde le calen-drier. Suffisamment de plages horaires sont libres pour vacciner dans les délais recommandés.
		75,40%	78,26%	80,00%	n/a	-1,74%	
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)	Nombre d'activités de counseling post-test ITSS avec intervention préventive de vie de l'enfant	n/a	36	32	4	12,50%	Plusieurs parents choisissent de se déplacer pour recevoir les services et lorsqu'ils sont réalisés dans un autre lieu que le domicile, ils sont exclus du résultat dans le calcul de l'indicateur.
	Nombre d'activités de dépistage des ITSS des clientèles vulnérables	n/a	383	347	36	10,37	
Cessation tabagique	Nombre de fumeurs rejoints par le centre d'abandon du tabac	3	17	98	-81	-82,65%	Difficultés d'embauche et de dotation ayant causé une grande diminution du service; clientèle orientée vers les CSSS avoisinants.
	Nombre d'interventions individuelles effectuées dans le centre d'abandon du tabac	5	33	296	-263	-88,85%	

Programmes – services		Résultats 2013-2014	Résultats 2014-2015	Analyse de la cible			Commentaires
				Cible annuelle	Écart (N)	Écart (%)	
<b>Services généraux – Activités cliniques et d'aide</b>							
Services psychosociaux	Nombre d'usagers	354	336	354	-18	-5,08%	L'arrivée d'un SAC devrait aider à améliorer le suivi des assignations et à augmenter le volume de prises en charge de nouveaux cas.
	Nombre moyen d'interventions	3,95	4,30	3,95	0,35	8,95%	
<b>Dépendances</b>							
Services de 1 <sup>re</sup> ligne en toxicomanie et en jeu pathologique	Nombre total d'usagers	22	27	19	8	42,11%	
<b>Jeunes en difficulté</b>							
Jeunes rejoins et leur famille en CSSS	Nombre d'usagers	1 708	1 264	1 708	-444	-26,00%	Baisse présente en 0-5 ans en JED ; optimisation prévue en 2015-2016.
	Nombre moyen d'interventions	7,14	7,23	7,14	0,09	-1,22%	Diminution de la demande de services en 0-5 ans.
<b>Santé mentale</b>							
Services de 1 <sup>re</sup> ligne	Nombre de place en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus	n/a	6	n/a	n/a	n/a	Projet d'optimisation en cours d'année ayant eu pour impact d'améliorer l'accès aux services.
	Nombre d'usagers – tous âges	966	1 160	1 747	-587	-33,60%	Consolidation des liens et arrimages à pour-suivre auprès des médecins de famille et GMF.
	Nombre d'usagers de moins de 18 ans	278	254	430	-176	-40,93%	Projet d'optimisation en cours d'année ayant eu pour impact d'améliorer l'accès aux services.
	Nombre d'usagers de 18 ans et plus	688	906	1 317	-411	-31,21%	Consolidation des liens et arrimages à pour-suivre auprès des médecins de famille et GMF. Personnel non remplacé une partie de l'année (pour économie budgétaire); le déploiement de la programmation de groupe devrait aider en 2015-2016 à augmenter le nombre d'usagers desservis.

Programmes – services		Résultats 2013-2014	Résultats 2014-2015	Analyse de la cible			Commentaires
				Cible annuelle	Écart (N)	Écart (%)	
<b>Santé physique</b>							
Soins palliatifs à domicile	Nombre d'usagers	193	206	193	13	6,74%	
	Nombre moyen d'interventions	2 076	3 663	2 603	1 060	40,72%	
Infections nosocomiales	Ratio du nombre ETC infirmières par nombre de lits de soins de longue durée	1,0	1,0	1,0	0	0,00%	
Services de santé courants	Nombre d'usagers	22 196	22 831	22 196	635	2,86%	
	Nombre moyen d'interventions	3,3	3,7	3,3	0,4	-1,12%	
<b>Soutien à l'autonomie des personnes âgées</b>							
Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV)	Nombre d'usagers recevant des services de soutien à domicile	4 269	3 921	4 539	-618	-13,62%	Moins de nouveaux usagers, par contre une intensité plus grande pour les usagers connus dans le cadre des fins de soins actifs globaux (FASG), comme le démontre la hausse du nombre moyen d'interventions par usager.
	Nombre moyend'interventions	42,28	66,20	42,28	23,92	56,40%	
Soutien à domicile longue durée	Nombre total d'heures de service rendues à domicile	205 815	308 310	218 125	90 185	41,35%	

Programmes – services		Résultats 2013-2014	Résultats 2014-2015	Analyse de la cible			Commentaires
				Cible annuelle	Écart (N)	Écart (%)	
<b>Soutien à l'autonomie des personnes âgées</b>							
Prévention des chutes	Nombre d'utilisateurs pour lesquels des heures de service ont été rendues à domicile	4 360	3 946	4 360	-414	-9,50%	Moins de nouveaux usagers, par contre une intensité plus grande pour les usagers connus dans le cadre des FSAG, comme le démontre la hausse du nombre moyen d'interventions par usager.
	Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus ayant reçu au moins une intervention pour la prévention des chutes	14	14	14	0	0,00%	
<b>Déficience physique</b>							
Prestation de services pour CSSS	Nombre d'utilisateurs	4 269	3 921	4 539	-618	-13,62%	
	Nombre moyen d'interventions	25,60	37,28	25,7	11,58	45,05%	
Soutien aux familles par allocation directe (répit, gardiennage, dépannage)	Nombre d'utilisateurs dont la famille reçoit des services	117	118	117	1	0,85%	
Respect des délais d'accès	Niveau de priorité urgent	42,90%	75,00%	90,00%	n/a	-15,00%	100% du respect de délai en DI-TED-DP jeunesse.
	Niveau priorité élevé	63,30%	63,64%	90,00%	n/a	-26,40%	L'écart est attribuable aux longs délais de la liste d'attente en ergothérapie à la Direction des services aux personnes en perte d'autonomie.
	Niveau priorité modéré	85,90%	74,29%	90,00%	n/a	-15,71%	L'écart est attribuable aux longs délais de la liste d'attente en ergothérapie à la Direction des services aux personnes en perte d'autonomie.

Programmes – services		Résultats 2013-2014	Résultats 2014-2015	Analyse de la cible			Commentaires
				Cible annuelle	Écart (N)	Écart (%)	
<b>Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement</b>							
Prestation de services pour CSSS	Nombre d'usagers	696	714	650	64	9,85%	
	Nombre moyen d'interventions	9,52	9,71	9,52	0,19	1,99%	
Soutien aux familles par allocation directe (répit, gardiennage, dépannage)	Nombre d'usagers	373	373	356	17	4,78%	
Respect des délais d'accès	Niveau de priorité urgent	100,00%	100,00%	90,00%	n/a	10,00%	L'écart est attribuable aux longs délais de la liste d'attente en ergothérapie à la Direction des services aux personnes en perte d'autonomie. 100% du respect des délais en DI-TED-DP jeu-nesse.
	Niveau priorité élevé	70,00%	37,00%	90,00%	n/a	-52,50%	
	Niveau priorité modéré	93,50%	96,55%	90,00%	n/a	6,55%	
<b>Administration et soutien aux services</b>							
Main-d'œuvre	Ratio nb d'heures assurance salaire / nb d'heures travaillées	6,80%	5,13%	6,38%	n/a	-1,25%	Réduction par rapport à l'année 2013-2014, mais l'écart avec la cible de cette année s'explique par les mesures mises en place pour atteindre l'équilibre budgétaire qui ont fait en sorte qu'au lieu de recourir à la main-d'œuvre indépendante, le temps supplémentaire pour le personnel infirmier a été utilisé.
	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier	3,46%	3,35%	2,35%	n/a	1,00%	Réduction par rapport à l'année 2013-2014. Poursuite du travail afin d'avoir un meilleur contrôle des absences et des congés.
	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel	2,49%	2,41%	2,35%	n/a	0,06%	



## Loi sur la gestion et contrôle des effectifs des ministères, des organismes et des réseaux du secteur public ainsi que des sociétés d'état

### Gestion et contrôle des effectifs

Le Ministère a transmis aux établissements une cible d'effectifs devant être respecté à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015. Au 31 mars 2015, le nombre d'heures rémunérées de janvier à mars 2015 a été inférieur au nombre d'heures rémunérées de janvier à mars 2014. De ce fait, la cible d'effectifs de l'établissement est respectée au 31 mars 2015.

### Logement et salubrité

Deux importants chantiers se sont mis en branle en matière de logement. Le premier concerne la démarche pour le quartier de Saint-Michel Est, qui consistait à documenter l'ampleur des problèmes de salubrité dans les logements de ce secteur, et le deuxième concerne la proposition de la Direction de santé publique de Montréal de participer à un projet d'identification des logements insalubres en équipant les intervenants à domicile d'outils d'identification et de référence. Ces outils permettent aux intervenants, œuvrant à domicile, de détecter les cas d'insalubrité et de soutenir les familles faisant face à pareille situation. Une tournée de sensibilisation des médecins pour détecter les symptômes d'insalubrité dans la population a également été réalisée par l'infirmière conseil en prévention clinique.

### Contrats de services

Contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1<sup>er</sup> janvier 2015 et le 31 mars 2015 :

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique <sup>1</sup>	0	0 \$
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique <sup>2</sup>	0	1 102 475 \$
Total des contrats de services	5	1 102 475 \$

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.

### Agrément

Tous les secteurs ont poursuivi la réalisation des activités de leur plan d'amélioration continue de la qualité. En mars 2014, un suivi a été réalisé auprès d'Agrément Canada suite aux recommandations formulées lors de la visite d'octobre 2013.

## Sécurité des soins et des services

### Promotion de la déclaration des incidents et des accidents

Afin de maintenir une culture de sécurité, des formations ainsi que de la diffusion d'information en gestion des risques ont été planifiées de façon continue. Deux cent quarante-deux personnes ont participé à l'une des 19 formations offertes en cours d'année. Différentes activités se sont également tenues : saisie des données dans le système d'information sur la sécurité des soins et des services, nouveau formulaire AH-223, principes de la déclaration et contexte légal, divulgation, activités organisées dans le cadre de la Semaine de la sécurité et présence lors des forums organisés pour les assistants au supérieur immédiat.

### Coroner

Afin de maintenir une culture de sécurité, des formations ainsi que de la diffusion d'information en gestion des risques ont été planifiées de façon continue. Deux cent quarante-deux personnes ont participé à l'une des 19 formations offertes en cours d'année. Différentes activités se sont également tenues : saisie des données dans le système d'information sur la sécurité des soins et des services, nouveau formulaire AH-223, principes de la déclaration et contexte légal, divulgation, activités organisées dans le cadre de la Semaine de la sécurité et présence lors des forums organisés pour les assistants au supérieur immédiat.

## Gestion des plaintes et respect des droits des usagers

### Promotion du régime et respect des droits

#### Faits saillants :

- Dans le cadre d'activités organisées par les comités des résidents des trois centres d'hébergement en 2014-2015, exposé auprès des proches et des familles afin de faire connaître le régime d'examen des plaintes, les droits et les recours des usagers et l'approche de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services dans le cadre de son mandat. Transmission aux cadres concernés des avis reçus des personnes présentes lors de ces rencontres quant à leur appréciation des services et leurs suggestions pour l'amélioration de la qualité de ces derniers. Un suivi fut donné à toutes les demandes par la Direction de l'hébergement, et ce, à la satisfaction des personnes présentes.
- Mise à jour d'activités de visibilité promotionnelle par l'ajout d'affiches et de présentoirs contenant les dépliants et les formulaires du régime d'examen des plaintes, dans tous les secteurs des différentes installations du CSSS, afin d'assurer la visibilité et l'accès à la commissaire aux plaintes et à la qualité des services.
- Diffusion de capsules d'information sur les écrans numériques du CSSS, installés dans les salles d'attente des CLSC et les aires publiques des centres d'hébergement, afin de promouvoir les mandats du comité des usagers,

des comités des résidents et de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services de même que leurs coordonnées.

- Participation à quatre rencontres du comité des usagers, incluant l'assemblée générale annuelle des usagers, et présentation du bilan des dossiers de plaintes pour l'année 2013-2014.
- Soutien administratif et logistique au comité des usagers pour l'organisation des réunions.
- Participation à trois rencontres du comité de vigilance et de la qualité, présentation du rôle et des principaux mandats de la commissaire de même que sur l'évolution des dossiers de plaintes pour l'année 2014-2015. Recommandations dans le cadre de dossiers reliés à la surveillance des incidents et accidents, à la prévention des infections et démarche d'amélioration pour l'accessibilité des usagers à des rendez-vous par messagerie vocale.
- Présentation du bilan du régime d'examen des plaintes 2014-2015 auprès des membres du conseil d'administration du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel.

#### Plaintes traitées par les médecins examinateurs

- Une plainte était en cours d'examen au début de l'exercice et huit plaintes ont été reçues au cours de l'exercice.
- Sept plaintes furent conclues par les médecins examinateurs, six pour la mission CLSC et une pour la mission hébergement. Trois plaintes de-meurent en cours d'examen à la fin de l'exercice, dont une datant de l'année financière 2013-2014.
- Ont agi à titre de médecins examinateurs Dr Van Dong Hoa Pham, Dr Soraya Arafa et Dr Sana Achir.

Objets de plaintes conclues (certaines plaintes ont plus d'un objet)	Total 2014-2015	Total 2013-2014	Total 2012-2013
Accessibilité et continuité	0	0	1
Soins et services dispensés	4	3	3
Relations interpersonnelles	2	7	3
Droits particuliers	1	0	0

Plaintes du 1 <sup>er</sup> avril 2014 au 31 mars 2015 traitées par la commissaire aux plaintes	Hébergement	CLSC	Total 2014-2015	Total 2013-2014	Total 2012-2013
En voie de traitement au début de l'exercice	1	1	2	2	1
Reçues	16	48	64	60	47
Conclues	15	43	58	60	46
Plaintes en voie de traitement à la fin de l'exercice	2	6	8	2	2
Plaintes déposées au Protecteur du citoyen	0	3	3	2	1

Objets de plaintes conclues (certaines plaintes ont plus d'un objet)	Total 2014-2015	Total 2013-2014	Total 2012-2013
Accessibilité et continuité	14	24	22
Soins et services dispensés	21	17	10
Relations interpersonnelles	8	15	9
Organisation du milieu et ressources matérielles	7	4	6
Aspect financier	1	1	0
Droits particuliers	7	2	3

## Évaluation de la satisfaction de la clientèle

### En CLSC

L'établissement a mis en ligne un sondage d'évaluation de la satisfaction destiné à la clientèle en CLSC. Dix-huit personnes ont répondu entre septembre 2014 et janvier 2015. Leurs réponses ont été compilées et acheminées à la direction concernée.

### En radiologie

Une évaluation de la satisfaction de la clientèle a été réalisée, entre le 29 septembre et le 11 octobre 2014, au service de radiologie. Cinquante-cinq personnes ont répondu et se sont dites satisfaites ou très satisfaites du service reçu.

# Conseils et comités créés en vertu de la loi

<b>CONSEIL D'ADMINISTRATION</b>	
<b>Président</b>	Mario Discepola, coopté
<b>1<sup>re</sup> vice-présidente</b>	Sylvie St-Pierre, cooptée
<b>2<sup>e</sup> vice-président</b>	Jean-Pierre Dufour, désigné par la Fondation
<b>Secrétaire</b>	Denis Blanchard, directeur général
<b>Les membres</b>	
Amine Khaled Bada	élu par la population
Robert Simon	coopté
Djamila Benabdelkader	cooptée
Lise Belzile	cooptée
Vanessa Fable	cooptée
Danielle Levert	cooptée
Marie-Paule Leblanc	désignée par le Comité des usagers
Carole Maillet	désignée par le Comité des usagers
Nathalie Hébert	désignée par le Conseil des infirmières et infirmiers
Lucy Rodrigues	cooptée
Claude Rouleau	élu par la population
Christine Thiffault	élue par le personnel non clinique
Laura Lotafe-Efoso	désignée par le Conseil multidisciplinaire
Charlotte Poirier	désignée par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

<b>Comités du conseil d'administration</b>	
<b>Comité exécutif</b>	
Mario Discepola	président
Sylvie St-Pierre	1 <sup>re</sup> vice-présidente
Jean-Pierre Dufour	2 <sup>e</sup> vice-président
Denis Blanchard	secrétaire et directeur général
<b>Comité de vérification</b>	
Lucy Rodrigues	Charlotte Poirier
Amine Khaled Bada	
<b>Comité de gouvernance et d'éthique</b>	
Denis Blanchard	Mario Discepola
Vanessa Fable	Christine Thiffault
Danielle Levert	

<b>Comité d'appréciation du rendement du directeur général</b>	
Mario Discepola	Sylvie St-Pierre
Jean-Pierre Dufour	
<b>Comité d'évaluation du commissaire local aux plaintes et à la qualité</b>	
Mario Discepola	Sylvie St-Pierre
Jean-Pierre Dufour	
<b>Comité de révision des plaintes médicales</b>	
Jean-Pierre Dufour	D <sup>re</sup> Sanaa Achir
D <sup>re</sup> Sandra Haxuan	
<b>Comité de vigilance et de la qualité des services</b>	
Marielle Dion	commissaire aux plaintes
Djamila Benabdelkader	Vanessa Fable
Denis Blanchard	Robert Simon
<b>Comité de suivi sur la planification stratégique</b>	
Djamila Benabdelkader	Amine Khaled Bada
Lise Belzile	Denis Blanchard
<b>Comité des ressources humaines</b>	
Mario Discepola	Laura Lotafe-Efoso
Lucy Rodrigues	Claude Rouleau
Sylvie St-Pierre	
<b>Comité des communications</b>	
Mario Discepola	Denis Blanchard
Danielle Levert	Robert Simon
<b>Comité aviseur sur la première ligne médicale</b>	
Mario Discepola	Djamila Benabdelkader
Denis Blanchard	Lise Belzile

<b>CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS</b>	
<b>Comité exécutif</b>	
D <sup>re</sup> Nan Li	présidente
D <sup>r</sup> Phu-Tao Lê	vice-président
D <sup>re</sup> Julie Gagnon	trésorière
D <sup>r</sup> François Charette	secrétaire
D <sup>re</sup> Saida Cherigui	conseillère
Pascale Meunier	conseillère
D <sup>r</sup> Jean-Pierre Lionel Prosper	conseiller
D <sup>r</sup> Christian Lauriston	directeur des services professionnels
Denis Blanchard	directeur général

### Faits saillants

- Finalisation de l'entente de gestion pour la clinique-réseau du CSSS.
- Collaboration du comité exécutif pour l'adoption d'ordonnances collectives à l'intention des pharmaciens communautaires du territoire, dans un esprit de coopération avec la table des pharmaciens du réseau local de services;
- Mise en place de nouvelles procédures de triage au service de soins sans rendez-vous de la clinique-réseau du CLSC de Saint-Michel;
- Positionnement de l'ensemble des membres du CMDP contre le projet de loi 20;
- Gestion des résultats critiques des analyses de laboratoire dans les CLSC.

### Effectifs

- Le CMDP comprend : trois dentistes, cinq pharmaciens (temps complet/temps partiel) ainsi que 48 médecins omnipraticiens; à ce nombre, s'ajoute la collaboration de trois médecins spécialistes répondants en santé mentale (volet adulte et volet jeunesse).

### Comités du CMDP et leurs travaux

#### Comité exécutif

- Tenue de cinq réunions entre le 1er avril 2014 et le 31 mars 2015.
- Dépôt de recommandations au conseil d'administration pour l'approbation de la nomination de trois nouveaux membres du CMDP :
- nomination en médecine générale, avec un statut de membre du CMDP, de deux médecins omnipraticiens, en CLSC;
- nomination d'un médecin spécialiste répondant en santé mentale (volet adulte).
- Nomination de quatre médecins, tant en CLSC qu'en hébergement pour occuper, durant la prochaine année, de façon successive, selon des périodes déterminées, le poste de médecin examinateur;
- Adoption de sept ordonnances collectives dont deux pour les pharmaciens du territoire.

#### Comité d'examen des titres

- Tenue de trois réunions entre le 1er avril 2014 et le 31 mars 2015.
- Dépôt de recommandations de nomination pour deux

médecins omnipraticiens et d'un médecin spécialiste répondant en santé mentale;

- Dépôt de recommandations pour le renouvellement des privilèges de l'ensemble des médecins et dentistes du CMDP et de renouvellement du statut de membre du CMDP pour l'ensemble des membres.

#### Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique

- Tenue de six réunions entre le 1er avril 2014 et le 31 mars 2015.
- Étude par les membres, selon les recommandations du comité exécutif du CMDP portant sur l'évaluation de la tenue de dossiers aux soins à domicile (SPPA).
- Compilation des résultats et des recommandations émises concernant l'évaluation de la synthèse périodique annuelle en soins de longue durée.

#### Comité de pharmacologie

- Tenue d'une réunion entre le 1er avril 2014 et le 31 mars 2015.
- Rédaction et adoption d'un protocole d'utilisation de la méthadone;
- Ajouts et retraits de plusieurs médicaments à la liste des médicaments en usage dans les centres d'hébergement;
- Modification apportée aux posologies standardisées pour les narcotiques prescrits au besoin.

#### Comité d'éducation médicale continue

- Huit formations médicales ont été offertes aux médecins.

#### Comité de discipline et de la procédure de traitement des plaintes

- Aucune plainte n'a été déposée.

### CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Comité exécutif	
Nathalie Hébert	présidente
Mylène Neveu	vice-présidente
Monique Nguyen	secrétaire
Marie-France Michaud	déléguée aux communications
Marie-Suze Alexandre	conseillère
Jonathan Gédéon	conseiller
Lina Spagnuolo	directrice des soins infirmiers et des pratiques professionnelles
Denis Blanchard	directeur général

### Rapport d'activité

Le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) compte 169 membres répartis dans les cinq installations du CSSS. Les membres du comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers (CECII) se sont rencontrés à cinq reprises pour des rencontres ordinaires et à une sixième occasion dans le cadre d'une rencontre extraordinaire, afin de préparer une rencontre bilan.

### Avis et consultation

- Poursuite de la consultation demandée par la Direction des soins infirmiers et des pratiques professionnelles (DSI-PP) sur le concept de l'autonomie professionnelle. Recommandation faite pour élargir le concept aux non-professionnels.
- Poursuite des démarches afin de donner l'accès à intranet aux infirmières auxiliaires auprès de la Direction de l'hébergement et de la Direction des services financiers, techniques et informationnels. Des codes d'accès ont été fournis, en avril 2014, à chacune des infirmières auxiliaires.

### Faits saillants

- Participation d'un membre du CII au conseil d'administration.
- Participation à divers comités (gestion des risques, prévention et contrôle des infections, comité des partenaires internes de la démarche d'optimisation au soutien à domicile, table de travail sur la mobilisation du personnel).
- Organisation d'une conférence-midi à l'occasion de la Semaine de l'infirmière.
- Communications scientifiques pour affichage lors du congrès du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone.
- Participation de la présidente du CECII au programme d'accueil et d'intégration des professionnels avec comme mandat l'évaluation de ce programme pilote. Présentation de l'instance.
- Tenue de rencontres avec les conseillères cadres de la DSIPP de même que la conseillère à la Direction de la qualité.
- Réalisation de communications au moyen de l'intranet et du journal interne L'Objectif.
- Participation au congrès de l'OIIQ.
- Collaboration avec le comité des infirmières et infirmiers auxiliaires.
- Lancement du nouveau logo du CII.

- Recherche de commandites.
- Participation à l'ouverture officielle du Laboratoire de développement des pratiques professionnelles.
- Participation de la vice-présidente à la Table des présidentes et présidents des CECII de l'est de Montréal.

### Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires

#### Membres élus

Mme Rachida Haddade, présidente  
Mme Richère Trudeau, vice-présidente  
Mme Maria Rigatuso, secrétaire  
Mme Najat Mouadni, conseillère

Le CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel compte 112 infirmières et infirmiers auxiliaires. Les membres du comité exécutif des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) se sont rencontrés à cinq reprises au cours de la dernière année et à une sixième occasion dans le cadre d'une rencontre extraordinaire, afin de préparer une rencontre bilan.

#### Rapport d'activité

- Participation de la présidente et de ses remplaçantes aux rencontres du comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers (CECII).
- Rencontre avec la Direction des ressources humaines et la Direction de l'hébergement afin de poursuivre les démarches en faveur de l'harmonisation des pratiques professionnelles de l'infirmière auxiliaire.
- Analyse des résultats du sondage réalisé auprès des membres sur leurs besoins de formation. Résultats transmis au directeur des ressources humaines et au directeur de l'hébergement.
- Formation RCI offerte aux infirmières auxiliaires du CSSS.
- Démarches auprès de la Direction des soins infirmiers et des pratiques professionnelles et du CECII concernant l'accès des infirmières auxiliaires de la mission hébergement à des postes informatiques.
- Participation au Congrès de l'OIIAQ.
- Participation de la présidente à l'ouverture du laboratoire de développement des pratiques professionnelles.
- Organisation des activités pour la Journée de l'infirmière et de l'infirmier auxiliaire 2015.

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE	
Comité exécutif	
Carole Vacher	présidente
Guy Bourgie	vice-président
Marc-André Charpentier	Élaine Harvey
Hélène St-Pierre	Guy Jolicoeur
Marie-Ève Caron	conseillère aux pratiques professionnelles
Lina Spagnuolo	directrice des soins infirmiers et des pratiques professionnelles
Denis Blanchard	directeur général

Le Conseil multidisciplinaire (CM) compte plus de 200 membres répartis dans les cinq installations du CSSS. Les membres du comité exécutif du Conseil multidisciplinaire (CECM) se sont rencontrés à cinq reprises pour des rencontres ordinaires et à une sixième occasion dans le cadre d'une rencontre extraordinaire, afin de préparer une rencontre bilan.

#### Rapport d'activité

##### Comités de pairs :

- Élaboration d'un document explicatif à l'intention des membres.
- Standardisation du suivi à effectuer auprès des comités de pairs.
- Suivi des comités de pairs en cours (ergothérapeutes, éducateurs spécialisés).

##### Avis à la direction générale

- Avis concernant la politique de gestion d'avant-garde axée sur les personnes.
- Avis concernant le besoin de clarifier le rôle de l'éducateur spécialisé.
- Avis relatif à l'adaptation des soins et services en contexte interculturel.
- Avis concernant la politique de la direction des ressources humaines relative à la formation continue et au développement professionnel.
- Avis concernant la tenue des dossiers en ergo-thérapie présenté à la Direction de l'hébergement.

##### Autres travaux

- Organisation d'une conférence-midi.
- Actualisation du plan de communication permettant de joindre les membres du CM par le biais d'une boîte courriel et d'articles dans le journal interne L'Objectif.

- À la demande de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec, rédaction d'un avis portant sur l'impact du PL 10 pour les CECM en préparation au dépôt d'un mémoire à l'Assemblée nationale.

#### Participation des membres du CM

- Participation de la présidente du CECM à la Table des présidents des CECM de l'est de Montréal.
- Participation d'un membre du CM au conseil d'administration.
- Participation d'un membre désigné au comité sur la gestion des risques et de la qualité.
- Participation d'un membre du CECM au colloque de l'ACMQ.
- Participation aux rencontres avec le CECII pour la documentation aux dossiers.

#### COMITÉ DES USAGERS

##### Comité exécutif

Le comité des usagers est en place au CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel depuis sept ans. En 2013-2014, il était composé des membres suivants :

COMITÉ DES USAGERS	
Membres	
Gilles Ouellette	président du comité des usagers et du comité des résidents du Centre d'hébergement des Quatre-Saisons (démission le 23 octobre 2014)
Gina Gallinari	désignée par le comité des résidents du Centre d'hébergement de Saint-Michel
Marie-Paule Leblanc	désignée par le comité des résidents du Centre d'hébergement des Quatre-Temps
Carole Maillet	membre élue par le comité des usagers
Umberta Canton	membre désignée par le comité des usagers
Antonio Pensato	membre désigné par le comité des usagers
Invités	
Marielle Dion	commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
Denis Blanchard	directeur général

*Note : Après novembre 2014, à la suite de la démission du président du comité des usagers et des membres du comité des résidents du Centre d'hébergement des Quatre-Saisons ainsi*

que de l'annonce de la réforme de la santé, aucune réunion n'a eu lieu, considérant que la réorganisation du réseau mettra en place un nouveau comité des usagers dans chacun des établissements.

Par ailleurs, les activités des centres d'hébergement de Saint-Michel et des Quatre-Temps se sont poursuivies tel que prévu dans le plan d'action 2014-2015. Le comité des usagers a tenu deux réunions et tous les communiqués concernant la réorganisation ou les activités du Regroupement provincial des comités des usagers furent transmis aux membres.

#### Rapport d'activités

- Les présidents des comités des résidents des centres d'hébergement du CSSS ont été invités à déposer leur rapport annuel de leurs activités 2014-2015 ainsi que le rapport financier.
- Afin de mieux faire connaître les besoins des usagers en lien avec les services disponibles, une présentation de l'offre des services aux diverses clientèles a été réalisée par quelques directeurs des programmes, entre autres, par la directrice de la qualité, le directeur de l'hébergement et le directeur général.
- Le budget du comité des usagers et des trois comités des résidents pour 2014-2015 s'élevait à 27 301 \$. Le comité des usagers a décidé de répartir en quatre parts égales le montant global afin de financer les activités des comités et confirmer un montant additionnel de 1 000 \$ aux comités des résidents des centres d'hébergement des Quatre-Temps et des Quatre-Saisons.
- À partir du cadre de référence sur l'exercice des fonctions à assumer par les membres du comité des usagers et des comités des résidents, les membres du comité ont poursuivi leur plan d'action. Les principales réalisations portant sur la promotion des droits des usagers, l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de vie des usagers ainsi que sur la connaissance du régime d'examen des plaintes sont décrites dans les rapports d'activités des comités des résidents et dans le bilan de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services à la clientèle. De plus, le comité s'est assuré de :
  - mettre en place des présentoirs afin de diriger les usagers insatisfaits des services ou leurs familles vers les ressources appropriées, notamment le Centre d'accompagnement et d'assistance aux plaintes (CAAP) de l'Île de Montréal, leur comité des résidents ou la commissaire aux plaintes;
  - faire connaître l'existence et le mandat du comité des usagers ainsi que de donner accès à l'information sur les droits et obligations des usagers, sur les recours possibles et sur le processus à suivre pour

porter plainte au moyen de boîtes de commentaires et de suggestions, accompagnées d'affiches et de dépliants ;

- faire connaître le régime d'examen des plaintes comme outil d'amélioration des services et de répondre aux questionnements des usagers, des proches et des familles relatifs aux droits des usagers lors de ces rencontres dans les centres d'hébergement du CSSS;
- s'assurer du bon fonctionnement de chacun des comités des résidents, de la disponibilité d'un local adéquat et du soutien financier nécessaire à la mise en place de leurs activités;
- participer aux activités de la Fondation du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel.

Le comité des usagers a, par ailleurs, poursuivi sa réflexion sur les moyens à mettre en place pour assumer son mandat et actualiser les conseils du Regroupement provincial des comités des usagers, planifié la tenue de l'assemblée annuelle du comité des usagers et soutenu les activités réalisées par les comités des résidents. Aucune assemblée annuelle n'est prévue à l'été 2015 en raison de la réorganisation du réseau de la santé.

#### COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ	
Membres	
Djamila Benabdelkader	présidente
Robert Simon	vice-président
Vanessa Fable	désignée par le comité des résidents du Centre d'hébergement des Quatre-Temps
Marielle Dion	commissaire aux plaintes et à la qualité des services
Denis Blanchard	directeur général

#### Rapport d'activité

- Tenue de trois rencontres : le 2 juin 2014, le 6 octobre 2014 et le 24 février 2015.
- Assurer le suivi des recommandations du comité de gestion de risque (CGR) :
  - mesures d'urgence (codes);
  - sécurité dans les fumoirs en hébergement.
- Assurer le suivi des plaintes et des insatisfactions de la clientèle, des déclarations des accidents et des incidents ainsi que des événements sentinelles.

- Assurer le suivi du plan d'action des recommandations ministérielles au centre d'hébergement des Quatre-Saisons.
- Prendre connaissance des recommandations des visites ministérielles réalisées en décembre 2014 aux centres d'hébergement de Saint-Michel et des Quatre-Temps.
- Prendre connaissance du plan d'action en suivi de la certification Initiative des Amis des bébés.
- Prendre connaissance des audits réalisés à la Direction de l'hébergement.

<b>COMITÉ DE GESTION DES RISQUES</b>	
<b>Membres</b>	
Guylaine Lalime	directrice de la qualité, présidente
Isabelle Paradis	conseillère en gestion des risques et de la qualité
Nicole Lavoie	représentante du conseil multidisciplinaire
Myriam Dion	représentante du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Dominique Gélinas	technicienne en administration
Umberta Canton	représentante du comité des usagers
Jonathan Gégéon	représentant du conseil des infirmières et infirmiers
Jonathan Michaud	représentant de la DFTI
Line Lemieux	chef d'unités, Centre d'hébergement des Quatre-Saisons
Lucie Grenier	représentante entente de service

#### **Incidents et accidents**

- On compte 2 210 événements déclarés en 2014-2015. Les événements reliés à la médication (18%) et aux chutes (44%) demeurent les deux catégories générant le plus grand nombre de déclarations.
- Au cours de l'année, 35 événements sentinelles ont été recensés. De ce nombre, 26 ont été présentés au comité de gestion des risques (périodes 1 à 12). Ces événements concernaient les chutes, les erreurs de médicaments, les situations d'urgence, la continuité de soins et la confidentialité.
- Tous ces événements ont fait l'objet d'un plan d'amélioration. Les améliorations apportées portent notamment sur :
  - le plan de formation des mesures d'urgence;
  - la révision des procédures à la pharmacie;
  - le retrait d'un matelas Nimbus;

- une entente de service pour l'entretien préventif des matelas;
- la révision du processus entourant la gestion des clés de l'armoire à narcotiques.

## Infections nosocomiales

TYPES D'INFECTIONS	Nombre de BMR par période financière pour les trois centres d'hébergement du CSSS, la ressource intermédiaire Lacordaire et la ressource non institutionnelle (UTRF)													
	Période financière	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
ERV*	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
C. difficile	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
SARM**	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Éclosion SAG***	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0
Éclosion GE****	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Éclosion autre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

\* Le staphylocoque aureus résistant à la méthicilline (SARM) comprend aussi le staphylocoque aureus résistant à cloxacilline (SARC) et le staphylocoque auréus résistant à l'oxacilline (SARO).

\*\* Entérocoques résistants à la vancomycine (ERV).

\*\*\* Syndrome d'allure grippale (SAG).

\*\*\*\* Gastroentérite d'allure virale (GE).

### Suivis et recommandations

Le comité de gestion des risques a tenu quatre rencontres en 2014-2015. Il veille de façon continue à l'implantation des recommandations faites à la suite de la survenance d'événements sentinelles.

Le comité a assuré le suivi des recommandations émises en 2013-2014, l'une portant sur les codes de sécurité et l'autre sur les fumoirs et la sécurité des résidents qui utilisent les fumoirs.

# Ressources humaines de l'établissement

Effectifs de l'établissement	2014-2015	2013-2014
<b>Les cadres : (en date du 31 mars)</b>		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	50	49
Temps partiel      Nombre de personnes: Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	3	4
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	1	1
<b>Les employés réguliers : (en date du 31 mars)</b>		
Temps complet      (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	647	630
Temps partiel      Nombre de personnes: Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	240	226
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	-	-
<b>Les occasionnels :</b>		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	306293	344238
Équivalents temps complet (b)	168	202

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :  
 Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail;  
 divisé par :  
 Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :  
 Nombre d'heures rémunérées;  
 divisé par : 1 826 heures

# Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés



## RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

**Sainte-Agathe-des-Monts**  
124, rue Saint-Vincent  
Sainte-Agathe-des-Monts  
Qc J8C 2B1  
T.819 326.3400  
F.819 326.8839

**Saint-Jérôme**  
3-4-255, rue De Martigny O.  
Saint-Jérôme  
Qc J7Y 2G4  
T.450 432.8625  
F.450 432.8868

**Mont-Tremblant**  
969, rue de Saint-Jovite  
bur. 201, Mont-Tremblant  
Qc J8E 3J8  
T.819 425.8691  
F.819 425.9266

**Sainte-Adèle**  
916, boul. de Sainte-Adèle  
bur.112, Sainte-Adèle  
Qc J8B 2N2  
T.450 229.2987  
F.450 229.7749

**Lachute**  
408A, rue Principale  
Lachute  
Qc J8H 1Y2  
T.450 562.3775  
F.450 562.1757

**Blainville**  
905, boul. Michèle-Bohec  
bur. 100, Blainville  
Qc J7C 5J6  
T.450 971.1550  
F.450 971.4646

**Rivière-Rouge**  
709, rue de l'Annonciation Nord  
Rivière-Rouge  
Qc J0T 1T0  
T.819 275.1666  
F.819 275.1113

**Amyot Gélinas**  
S.E.N.C.R.L.

**SANS FRAIS**  
1.877 326.3400  
info@amyotgelinas.com  
amyotgelinas.com

Aux membres du conseil d'administration du  
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal - CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 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 CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal - CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 11 juin 2015 (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 du secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal - CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel.

### 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 à 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 CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal - CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal - CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 11 juin 2015. Notre opinion avec réserve est fondée sur les faits suivants :

- 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 2015 et 2014 n'ont pu être déterminées;
- En vertu de l'article 24.1 de la *Loi sur l'administration financière* (RLRQ, chapitre A-6.001), entré en vigueur le 14 juin 2013, l'établissement n'a pas comptabilisé, aux 31 mars 2015 et 2014, à l'état des résultats et à l'état de la situation financière, des paiements de transfert pluriannuels devant être versés par le ministère de la Santé et des Services Sociaux à l'égard de différents programmes d'aide concernant la construction ou l'acquisition d'immobilisations financées ou devant être financées par emprunts pour lesquels les travaux ont été réalisés. Cette situation constitue une dérogation à la norme comptable sur les paiements de transfert (chapitre SP 3410 du *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*) qui prévoit la comptabilisation des subventions par le bénéficiaire lorsqu'elles sont autorisées par le gouvernement cédant à la suite de l'exercice de son pouvoir habilitant et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public n'ont pu être déterminées.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences des problèmes écrits, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal - CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel au 31 mars 2015, ainsi que des résultats de ses activités, des déficits cumulés, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.



### Restriction à l'utilisation

Les états financiers audités ont été préparés dans le but d'aider le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal - CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel à répondre aux exigences en matière d'information financière du MSSS. En conséquence, il est possible que ces états financiers ne puissent se prêter à un usage autre. Étant donné que les états financiers résumés sont tirés des états financiers audités, il est également possible qu'ils ne puissent se prêter à un usage autre. Notre rapport est destiné uniquement au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal - CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel et au MSSS et ne devrait pas être utilisé par d'autres parties.

**Nom de  
l'associée  
responsable**

Dominique Toupin, CPA auditrice, CA

**Nom de  
l'auditeur**

Amyot Gélinas, s.e.n.c.r.l.

**Adresse**

3-4-255, de Martigny Ouest  
Saint-Jérôme (Québec)  
J7Y 2G4

*Amyot Gélinas, s.e.n.c.r.l.*

**Téléphone**

(450) 432-8625

\_\_\_\_\_  
Auditeur

**Télécopieur**

(450) 432-8868

Date : 29 juin 2015



# États financiers et analyse des résultats des opérations

Les états financiers du Centre de santé et de services sociaux de Saint-Léonard et Saint-Michel au 31 mars 2015 ont été audités par la firme Amyot Gélinas, S.E.N.C.R.L. Le rapport de l'auditeur indépendant est disponible à la Direction des services financiers, techniques et informationnels ainsi que sur le site Internet du CSSS.

Résultats de l'exercice terminé le 31 mars 2015					
	Budget	Fonds exploitation exercice courant	Fonds immobilisations exercice courant	Total exercice courant	Total exercice précédent
<b>ACTIVITÉS PRINCIPALES</b>					
<b>Revenus</b>					
Agences et MSSS	82 016 699	80 302 834	2 227 696	82 530 530	81 212 380
Subvention Gouvernement du Canada	131 310	53 000		53 000	131 310
Contribution des usagers	7 321 119	9 007 709		9 007 709	8 923 176
Ventes de services et recouvrements	175 314	281 320		281 320	257 322
Donations		47 288		47 288	63 873
Revenus de placement	54 000	37 511	808	38 319	48 512
Revenus de type commercial	119 720	136 159		136 159	119 720
Autres	86 000	92 629		92 629	848 253
	89 904 162	89 958 450	2 228 504	92 186 954	91 604 546
<b>Charges</b>					
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	64 756 740	67 997 509		67 997 509	64 493 165
Médicaments	743 000	633 423		633 423	726 073
Fournitures médicales	729 988	1 090 820		1 090 820	1 091 255
Denrées alimentaires	1 163 015	1 174 799		1 174 799	1 198 597
Rétribution versées aux ressources non institutionnelles	4 862 659	5 140 755		5 140 755	4 881 393
Frais financiers	450 000		503 993	503 993	383 569
Entretien et réparation	1 635 188	482 947	532 718	1 015 665	1 220 962
Créances douteuses		45 031		45 031	44 616
Loyer	5 780 703	5 785 652		5 785 652	5 882 386
Amortissement des immobilisations	1 404 000		1 261 297	1 261 297	1 311 357
Autres charges	8 396 836	9 413 864		9 413 864	10 152 487
	89 922 129	91 764 800	2 298 008	94 062 808	91 385 860
<b>Surplus (déficit) de l'exercice</b>	(17 967)	(1 806 350)	(69 504)	(1 875 854)	218 686

### État des surplus (déficits) cumulés

	Fonds exploitation exercice courant	Fonds immobilisations exercice courant	Total exercice courant	Total exercice précédent
<b>Surplus (déficits) cumulés au début déjà établis</b>	20 017	280 445	300 462	81 776
<b>Surplus (déficit) de l'exercice</b>	(1 806 350)	(69 504)	(1 875 854)	218 686
<b>Surplus (déficits) cumulés à la fin (L.04 + L.05 + L.10)</b>	(1 786 333)	210 941	(1 575 392)	300 462
Constitué des éléments suivants :				
Affectations d'origine externe				
Affectations d'origine interne			4 408	4 408
Solde non affecté (L.11-L.12-L.13)			(1 579 800)	296 054
<b>TOTAL (L.12 à L.14)</b>	<b>89 958 450</b>	<b>2 228 504</b>	<b>(1 575 392)</b>	<b>300 462</b>

État de la situation financière au 31 mars 2015

	Fonds exploitation exercice courant	Fonds immobilisa- tions exercice courant	Total Exercice courant	Total exercice précédent
<b>Actifs financiers</b>				
Encaisse	1 785 695	13 557	1 799 252	1 586 535
Débiteurs - Agence et MSSS	2 319 746	144 950	2 464 696	2 274 255
Autres débiteurs	2 095 243	69 017	2 164 260	1 968 877
Créances interfonds	83 916	(83 916)		
Subvention à recevoir - réforme comp- table	5 878 040	10 995 055	16 873 095	16 029 614
Frais reportés liés aux dettes		25 763	25 763	15 123
Autres éléments	399 381		399 381	406 423
<b>Total des actifs financiers</b>	<b>12 562 021</b>	<b>11 164 426</b>	<b>23 726 447</b>	<b>22 280 827</b>
<b>Passif</b>				
Emprunts temporaires		4 539 568	4 539 568	4 070 022
Autres créditeurs et autres charges à payer	7 886 181	1 021 181	8 907 362	6 276 817
Avances de fonds en provenance de l'agence - Enveloppes décentralisées		1 357 965	1 357 965	2 279 787
Intérêts courus à payer		144 950	144 950	96 221
Revenus reportés	49 570	73 793	123 363	694 401
Dettes à long terme		17 334 581	17 334 581	15 132 648
Passif au titre des avantages sociaux futurs	7 263 724		7 263 724	7 051 600
Autres éléments	21 320		21 320	65 427
	15 220 795	24 472 038	39 692 833	31 836 398
<b>Dettes nettes</b>	<b>(2 658 774)</b>	<b>(13 307 612)</b>	<b>(15 966 386)</b>	<b>(13 386 096)</b>
<b>Actifs non financiers</b>				
Immobilisations		13 518 553	13 518 553	12 965 415
Stocks	513 684		513 684	416 467
Frais payés d'avance	358 757		358 757	304 676
	872 441	13 518 553	14 390 994	13 686 558
<b>Surplus cumulés</b>	<b>(1 786 333)</b>	<b>210 941</b>	<b>(1 575 392)</b>	<b>300 462</b>

## État de la variation des actifs financiers nets (dette nette)

	Budget	Fonds exploitation exercice courant	Fonds immobilisa- tions exercice courant	Total exercice courant	Total exercice précédent
<b>Dette net au début</b>	(12 857 373)	(701 126)	(12 156 247)	(12 857 373)	(9 841 171)
Surplus (déficit) de l'exercice		(1 806 350)	(69 504)	(1 875 854)	218 686
<b>Variations dues aux immobilisations</b>					
Acquisitions			(2 343 158)	(2 343 158)	(5 339 098)
Amortissement de l'exercice			1 261 297	1 261 297	1 311 357
			(1 081 861)	(1 081 861)	(4 027 741)
<b>Variations dues aux stocks et aux frais payés d'avance</b>					
Acquisition des frais payés d'avance		(97 217)		(97 217)	
Utilisation des stocks de fournitures		(54 081)		(54 081)	(22 605)
Utilisation des frais payés d'avance					286 735
		(151 298)		(151 298)	264 130
<b>Diminution de la dette nette</b>		(1 957 648)	(1 151 365)	(3 109 013)	(3 544 925)
<b>Dette nette à la fin</b>	(12 857 373)	(2 658 774)	(13 307 612)	(15 966 386)	(13 386 096)

## États des flux de trésorerie

	Total exercice courant	Total exercice précédent
<b>Activités de fonctionnement</b>		
Surplus (déficit)	(1 875 854)	218 686
<b>Éléments sans incidence sur la trésorerie</b>		
Stocks et frais payés d'avance	(151 298)	264 130
Subvention à recevoir- réforme comptable – immobilisations (849 061) (1 281 255)	(7 890)	(88 546)
Amortissement des revenus reportés	1 261 297	1 311 357
Amortissement de l'exercice	8 342	6 444
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	261 390	212 130
<b>Variation des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement</b>	477 679	(3 187 166)
<b>Flux de trésorerie provenant des activités de fonctionnement</b>	(1 136 785)	(2 756 350)
<b>Activités d'investissement en immobilisation</b>		
Acquisitions	(1 321 977)	(5 685 478)
<b>Flux de trésorerie provenant des activités d'investissement en immobilisations</b>	(1 321 977)	(5 685 478)
<b>Activités de financement</b>		
Emprunts effectués - Dettes à long terme	2 920 382	4 064 172
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	(718 449)	(555 882)
Emprunts temporaires effectués	3 577 473	4 070 022
Emprunts temporaires remboursés	(187 546)	(2 106 388)
Emprunts temporaire remboursés - Refinancement (2 920 381) 0		
<b>Flux de trésorerie provenant des activités de financement</b>	2 671 479	5 471 924
<b>Augmentation (Diminution) de la trésorerie et des équivalents de trésorerie</b>	212 717	(2 969 904)
<b>Trésorerie et des équivalents de trésorerie au début</b>	1 586 535	4 556 439
<b>Trésorerie et des équivalents de trésorerie à la fin</b>	1 799 252	1 586 535

## Notes aux états financiers

### Note 1 - Constitution et mission

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2). Il a pour mandat de contribuer à l'amélioration de la santé globale, du bien-être et des conditions de vie de la population par des services accessibles, intégrés et de qualité en assurant la continuité, notamment par des actions de prévention et de promotion de la santé, et en concertation avec les partenaires de la communauté.

Le siège social de l'établissement est situé à Montréal. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région.

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

### Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

La Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2015, chapitre 1) qui entre en vigueur le 1er avril 2015, entraînera une modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par la création, pour chaque région socio-sanitaire visée, d'un ou de centres intégrés de santé et de services sociaux ou d'un ou de centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux, issus de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux et d'établissements publics de la région.

Ainsi, le CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel est fusionné avec le CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal qui jouit de tous ses droits, acquiert tous ses biens, assume toutes ses obligations et poursuit toutes ses procédures sans reprise d'instance.

### 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 (chapitre E-12.0001), un établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice. Cette exigence légale s'applique tant au fonds d'exploitation qu'au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats totaux fournis à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2015, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

### 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) 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 18 juillet 2015 relativement aux fonds d'exploitation et aux fonds d'immobilisations.

### Note 12 – Opérations entre apparentés

L'établissement est apparenté avec tous les autres établissements et agences du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, les entreprises publiques, toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumises à un contrôle conjoint ou commun. Les parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du AS-471.

L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés 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 AS-471.

L'établissement détient un intérêt économique dans la Fondation du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel du fait que les activités de celles-ci sont consacrées exclusivement à recueillir et gérer les contributions versées en faveur du CSSS. Au 31 mars 2015, le CSSS avait une somme à recevoir de 10 958 \$ (107 986 \$ en 2014) de la Fondation du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel.

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

Description des réserves, commentaires et observations 1	Année 20xx-xx 2	Nature (R, O ou C) 3	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée 4	État de la problématique au 31 mars 2013		
				R 5	PR 6	NR 7
<b>Signification des codes :</b>  Colonne 3 : R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire			<b>Colonnes 5, 6 et 7 :</b> R : Pour réglé PR : pour partiellement réglé NR : pour non réglé			
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers</b>						
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.	2011-2012	R	Maintien de la directive du MSSS concernant la comptabilisation des contrats de location-acquisition 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 de CPA Canada.			NR
Non-comptabilisation des paiements de transfert pluriannuels devant être versés par le ministère de la Santé et des Services sociaux à l'égard des différents programmes d'aide concernant la construction ou l'acquisition d'immobilisations financées ou devant être financées par emprunts pour lesquels les travaux ont été réalisés.	2013-2014	R	Aucune directive du MSSS.			NR
<b>Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées</b>						
Il a été impossible de compléter notre piste d'audit relative à l'unité de mesure mètre cube du sous-centre d'activité 7703 - Fonctionnement des installations autres.	2013-2014	C	La situation n'a pas été réglée en 2014-2015. Un travail est prévu pour 2015-2016.			NR

**Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats**

**Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)**

L'établissement a versé un montant forfaitaire à titre de mesures de rétention à un pharmacien et contrevient à l'article 432 de la Loi sur les services de santé et des services sociaux et aux directives du Ministère à l'effet qu'il ne peut verser des avantages hors ententes à des pharmaciens en considération de la prestation de services médicaux assurés.	2013-2014	C	Aucun cas en 2014-2015.	R		
Des déclarations d'intérêts pécuniaires des administrateurs et du directeur général n'ont pas été produites, mises à jour ou consignées en dossier au 31 mars 2014, telles que requises par les articles 154 et 198 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.	2013-2014	C	La situation a été réglée en 2014-2015.	R		
Bien qu'il y ait désactivation des privilèges d'accès au système d'exploitation Windows après six mois, nous avons constaté que pour le GRF, aucun nombre de jours n'était spécifié dans les paramètres de désactivation des accès.	2013-2014	C	La situation a été réglée en 2014-2015.	R		
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.	2013-2014	C	En fin 2014-2015, nous avons acquis la solution technique pour régler cette déficience. Le travail sera complété en début 2015-2016.		PR	
Les pilotes ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès aux systèmes alors qu'ils devraient avoir la responsabilité d'appliquer les décisions des responsables afin de séparer ces tâches incomptables. Un journal des actions commises par les pilotes existe, mais le processus de révision n'est pas documenté.	2011-2012	C	La situation a été réglée en 2014-2015.	R		
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.	2010-2011	C	Aucun changement en 2014-2015.			NR

**Rapport à la gouvernance**

# Code d'éthique et de déontologie

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de Saint-Léonard et Saint-Michel dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

Les membres du conseil d'administration doivent agir dans le respect des principes de gouvernance reconnus, et ce, dans une perspective d'efficacité, d'efficience, de rigueur, de transparence, de responsabilité et d'imputabilité.

Les membres du conseil d'administration ont également un rôle d'ambassadeur et de représentant de l'établissement auprès de la population. Ils doivent toujours agir dans l'intérêt supérieur de l'établissement.

## Devoirs, obligations<sup>1</sup> et valeurs

- Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction;
- Le membre du conseil d'administration ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi des autres membres du conseil d'administration ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux;
- Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux;
- Le membre du conseil d'administration doit assister aux réunions du conseil;
- Le membre du conseil d'administration doit respecter les obligations que la loi, l'acte constitutif et les règlements lui imposent;<sup>2</sup>
- Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de la population que dessert le CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel, autant que dans celui du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel lui-même;<sup>3</sup>
- Le membre du conseil d'administration doit agir avec intégrité, honneur, dignité et probité;
- La conduite d'un membre du conseil d'administration doit viser l'objectivité et être empreinte de modération;

- Le membre du conseil d'administration se rend disponible pour remplir ses fonctions et prend une part active aux décisions du conseil d'administration;
- Le membre du conseil d'administration doit agir avec impartialité dans l'élaboration des orientations générales du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel et doit participer, dans un esprit de concertation, à leur mise en œuvre;
- Le membre du conseil d'administration doit préserver, le cas échéant, la confidentialité des débats, échanges et discussions.
- Le membre du conseil d'administration adopte les valeurs suivantes :

- **Solidarité:** Chacun de nous se sent concerné par la santé, le bien-être et les conditions de vie de la population du territoire et est partie prenante des initiatives contribuant au développement de la communauté et au mieux-être de tous.
- **Équité:** Chacun de nous se sent concerné par les écarts de santé et de bien-être parmi la population du territoire et soutient une organisation de services axée sur la réduction de ces écarts et le juste traitement de chacun.
- **Respect mutuel:** Chacun de nous se respecte et respecte les citoyens ainsi que les clients, le personnel, les médecins et les bénévoles du CSSS dans ce qu'ils sont, dans leurs choix, leur façon d'être, leur culture et leurs croyances
- **Travail d'équipe:** Chacun de nous mise sur l'interdépendance et la complémentarité des ressources dans l'atteinte de buts communs, et ce, selon une répartition des tâches qui tient compte des compétences de chacun et qui place le succès de l'équipe au-dessus du succès personnel.
- **Professionalisme:** Chacun de nous effectue ses tâches avec intégrité, responsabilité et fiabilité selon les pratiques les plus efficaces possible, tout en exerçant son jugement quant aux habiletés et aux compétences à acquérir, afin d'exceller dans son travail.

1 Article 3.0.4, 2e alinéa, Loi sur le ministère du Conseil exécutif

2 Article 321 du Code civil du Québec

3 Article 174, Loi sur les services de santé et les services sociaux et article 322 du Code civil du Québec

#### Mesures préventives incluant les règles relatives à la déclaration d'intérêts<sup>4</sup>

- Le membre du conseil d'administration doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires;
- Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel. S'il émet un point de vue personnel, il doit le préciser et éviter tous commentaires susceptibles de porter atteinte à l'intégrité du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel.
- Tout membre du conseil d'administration, autre qu'un directeur général, qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue. Le fait pour un membre du conseil d'administration d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans le présent article ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse renommée et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières.<sup>5</sup>
- Tout membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec le CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.
- Tout membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec le CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel.

#### Identifications de situation de conflit d'intérêts<sup>6</sup>

- Le membre du conseil d'administration, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles

ou d'affaires, de toute communication publique d'une idée ou d'une opinion ou de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause.

- Le membre du conseil d'administration doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions, sauf celles acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration.
- Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.
- Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède un membre du conseil d'administration :
  - est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil peuvent en être défavorablement affectés;
  - n'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel;
  - ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public.
- Le membre du conseil d'administration utilise les biens, les ressources ou les services du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous. Il ne peut confondre les biens du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel avec les siens; il ne peut utiliser à son profit ou pour le compte d'autrui les biens du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel ou l'information qu'il obtient en raison de ses fonctions d'administrateur.<sup>7</sup>

<sup>4</sup> Article 3.0.4., 2e alinéa, paragraphe 1o, Loi sur le ministère du Conseil exécutif

<sup>5</sup> Article 154, Loi sur les services de santé et les services sociaux

<sup>6</sup> Article 3.0.4., 2e alinéa, paragraphe 2o, Loi sur le ministère du Conseil exécutif

<sup>7</sup> Article 323 du Code civil du Québec

### Pratiques reliées à la rémunération

- Le membre du conseil d'administration ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, de toute personne ou entreprise si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Notamment sont considérés un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire qui compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.
- Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser, ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.
- Le membre du conseil d'administration ne reçoit aucun traitement ou autre avantage pécuniaire à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement.<sup>9</sup>
- Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.<sup>10</sup>

### Devoirs et obligations de l'après-mandat<sup>11</sup>

- Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit, dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions d'administrateur.
- Le membre du conseil d'administration doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur ou de nuire aux intérêts du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel.
- Le membre du conseil d'administration s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, de solliciter un emploi auprès du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel.

### Mécanismes d'application du code<sup>12</sup>

- Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévue par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.
- Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.
- Le président ou le vice-président désigne des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation de comportement susceptible d'être dérogatoire à l'éthique ou à la déontologie.
- Les personnes visées à l'article précédent sont choisies à partir d'une liste de noms de personnes préalablement acceptées par le conseil d'administration pour agir à ce titre.
- L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.
- Au terme de leur enquête, les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration.
- En tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, le président ou le vice-président peut fermer le dossier ou constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne.
- Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou à celles du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.

7 Article 323 du Code civil du Québec

8 Article 3.0.4., 2e alinéa, paragraphe 3o, Loi sur le ministère du Conseil exécutif

9 Article 165, Loi sur les services de santé et les services sociaux

10 Article 3.0.6., Loi sur le ministère du Conseil exécutif

11 Article 3.0.4., 2e alinéa, paragraphe 4o, Loi sur le ministère du Conseil exécutif

12 Article 3.0.4., 2e alinéa, paragraphe 5o, Loi sur le ministère du Conseil exécutif

- Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au présent code, le comité, après avoir entendu l'administrateur concerné, ou à l'expiration du délai dont bénéficie l'administrateur visé, recommande aux membres du conseil d'administration l'imposition d'une sanction.
- Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut assister à la réunion.
- Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge. L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.
- Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions.<sup>13</sup>

#### Mise en vigueur, accessibilité et publication du code<sup>14</sup>

- Le code d'éthique et de déontologie entre en vigueur dès son adoption par le conseil d'administration.
- Le code d'éthique et de déontologie est accessible au public en tout temps et disponible au bureau du directeur général.
- Le code d'éthique et de déontologie est inclus au rapport annuel du CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel qui doit faire état :
  - du nombre et de la nature des signalements reçus;
  - du nombre de cas traités et de leur suivi;
  - du nombre et de la nature des sanctions imposées;
  - du nom des administrateurs ayant été suspendus ou déchus de charges.

#### Révision

Ce règlement doit faire l'objet d'une révision tous les trois ans suivant son entrée en vigueur ou lorsque des modifications législatives le requièrent.



Mario Discepola

<sup>13</sup> Article 3.0.5., Loi sur le ministère du conseil exécutif

<sup>14</sup> Article 3.0.4., 3e et 4e alinéas, Loi sur le ministère du Conseil exécutif

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

Québec 