Centre universitaire de santé McGill

McGill University Health Centre

Rapport annuel de gestion 2019/20

Rapport annuel de gestion 2019/20

Table des matières

Message des autorités 3

La déclaration de fiabilité 7

L'établissement 8

Faits saillants 29

Entente de gestion et d'imputabilité 47

Les activités relatives à la gestion des risques et de la qualité 63

L'application de la politique portant sur les soins de fin de vie 91

Les ressources humaines 94

Les ressources financières 96

L'état du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant 100

La divulgation des actes répréhensibles 104

Annexe 105

Message des autorités

Chers lecteurs,

Nous avons le plaisir de vous présenter le Rapport annuel de gestion du Centre universitaire de santé McGill (CUSM), conformément à la circulaire 2020-020 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Vous y trouverez notamment les déclarations de fiabilité des données, les états financiers et l'analyse des résultats des opérations pour l'année 2019-2020.

L'année 2019-2020 restera à jamais gravée dans nos mémoires. On peut la diviser en trois temps : du 1er avril à la fin décembre 2019, soit la période où nous n'avions aucune idée de ce qui nous attendait avec la COVID-19, du 1er janvier au 12 mars 2020, soit la phase des travaux de préparation en vue de traiter les personnes atteintes du coronavirus et de prévenir et contrôler sa propagation, et du 12 mars au 31 mars 2020, où nous sommes entrés de plein fouet dans la gestion de la pandémie, qui s'étend bien sûr jusqu'à la prochaine année financière. En tout temps, les piliers de notre mission ont servi à orienter les actions du CUSM et ses contributions à la santé et au bien-être de la population.

Pendant cette année, l'équipe de direction a travaillé sans relâche pour atteindre les objectifs qu'elle s'est fixés en matière de gouvernance et de performance. Elle a amorcé une réflexion sur la meilleure approche à préconiser pour commencer un exercice de planification stratégique avec les membres du Conseil d'administration (CA) du CUSM. De plus, à la suite d'une évaluation du modèle de pratique professionnelle, nous nous sommes assurés que les politiques et les règlements du Conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens du CUSM ont été mis à jour afin qu'ils soient arrimés au contexte actuel. De plus, la dotation de postes de direction figurait toujours sur la liste de nos priorités. Dans ce sens, nous sommes heureux de confirmer que le CUSM a réussi à pourvoir, entre autres,

les postes de directeur de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, de radiologiste diagnostique en chef, de médecin en chef et directeur médical de la Mission de médecine et de chirurgien en chef et directeur médical de la Mission de chirurgie – occupé pour la première fois au CUSM par une femme. La dotation d'autres postes importants se poursuit.

Le CA, quant à lui, a veillé à la performance de son président-directeur général et au bon fonctionnement de l'établissement, entre autres grâce au suivi rigoureux des cibles avancées par le gouvernement dans l'entente de gestion et d'imputabilité, et ce dans le cadre de ses réunions et ses comités. Outre la contribution de leur expérience et savoir-faire en vérification, gouvernance, ressources humaines et gestion immobilière, les membres ont régulièrement fait le tour des défis et des opportunités du CUSM, évalué d'innombrables dossiers stratégiques, approuvé des centaines de résolutions et demeuré à l'écoute des idées et des préoccupations de la population. De plus, le CA a formé un comité de travail pour étudier le modèle de gouvernance de l'Institut de recherche du CUSM afin d'améliorer l'alignement de ce dernier avec notre centre hospitalier universitaire (CHU).

L'amélioration de la qualité en continu est par définition une priorité.

L'amélioration de la qualité en continu est par définition une priorité. D'une part, elle est liée au processus d'agrément par les divers organismes qui veillent au respect des meilleures pratiques opérationnelles. D'autre part, elle est intimement liée à notre désir de nous surpasser constamment pour le mieux-être de la population. Dans ce contexte, nous sommes heureux de partager notre fierté quant aux éloges bien mérités pour le travail de nos équipes et leur quête d'excellence et d'innovation.

En effet, du 26 au 31 mai 2019, le CUSM a participé à deux séquences d'évaluation d'Agrément Canada. Lors de cette visite, nos forces institutionnelles ont été mises en lumière par l'examen d'environ 2 000 critères de pratiques et de normes organisationnelles. Entre autres, la culture d'engagement et de partenariats avec nos patients à tous les niveaux de notre établissement a été soulignée ; deux équipes se sont vu décerner un certificat de « pratique exemplaire » reconnu par l'Organisation de normes en santé, soit l'équipe responsable de la création et mise en place d'un module éducatif en ligne et d'un protocole clinique novateur pour le dépistage génétique des juifs ashkénazes et l'équipe responsable du premier protocole de dépistage génétique des cancers gynécologiques du Québec ; de plus, le CUSM a été le premier hôpital au Québec et l'un des cinq au Canada à avoir remporté la désignation de niveau 1 de Choisir avec soin, qui reconnaît l'engagement d'une organisation à réduire la surutilisation de tests et de traitements au profit des patients.

Dans le même ordre d'idées, depuis novembre 2019, le CUSM assure l'élaboration et le suivi de son plan de la qualité au sein de sa Table de coordination clinique, ce qui nous a permis de partager les facteurs de succès et les leçons apprises des directions et des missions tout en nous aiguillant vers des initiatives porteuses pouvant être généralisées à travers nos sites. Nous travaillons également avec un degré élevé de concentration pour atteindre les cibles de notre entente de gestion et d'imputabilité en déployant des mesures identifiées comme pistes de solutions et en rehaussant le travail collaboratif avec nos partenaires du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

Remontons au début janvier 2020. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) demande des précisions aux autorités chinoises sur un groupe de pneumonie atypique signalé dans la province de Wuhan. Rapidement, on déclare une épidémie d'un nouveau coronavirus qui a contaminé des centaines de personnes et fait de nombreux morts. Le CUSM réagit, fait le bilan de la situation et entreprend toutes les activités nécessaires pour soutenir son état de préparation, une démarche qui nous a permis d'être à l'affût de l'épidémiologie de la maladie et des dernières nouvelles, et de faire les meilleurs choix pour prévenir et contrôler la contamination au sein de nos établissements.

Nos équipes ont fait preuve de courage, de générosité, de flexibilité et de compassion.

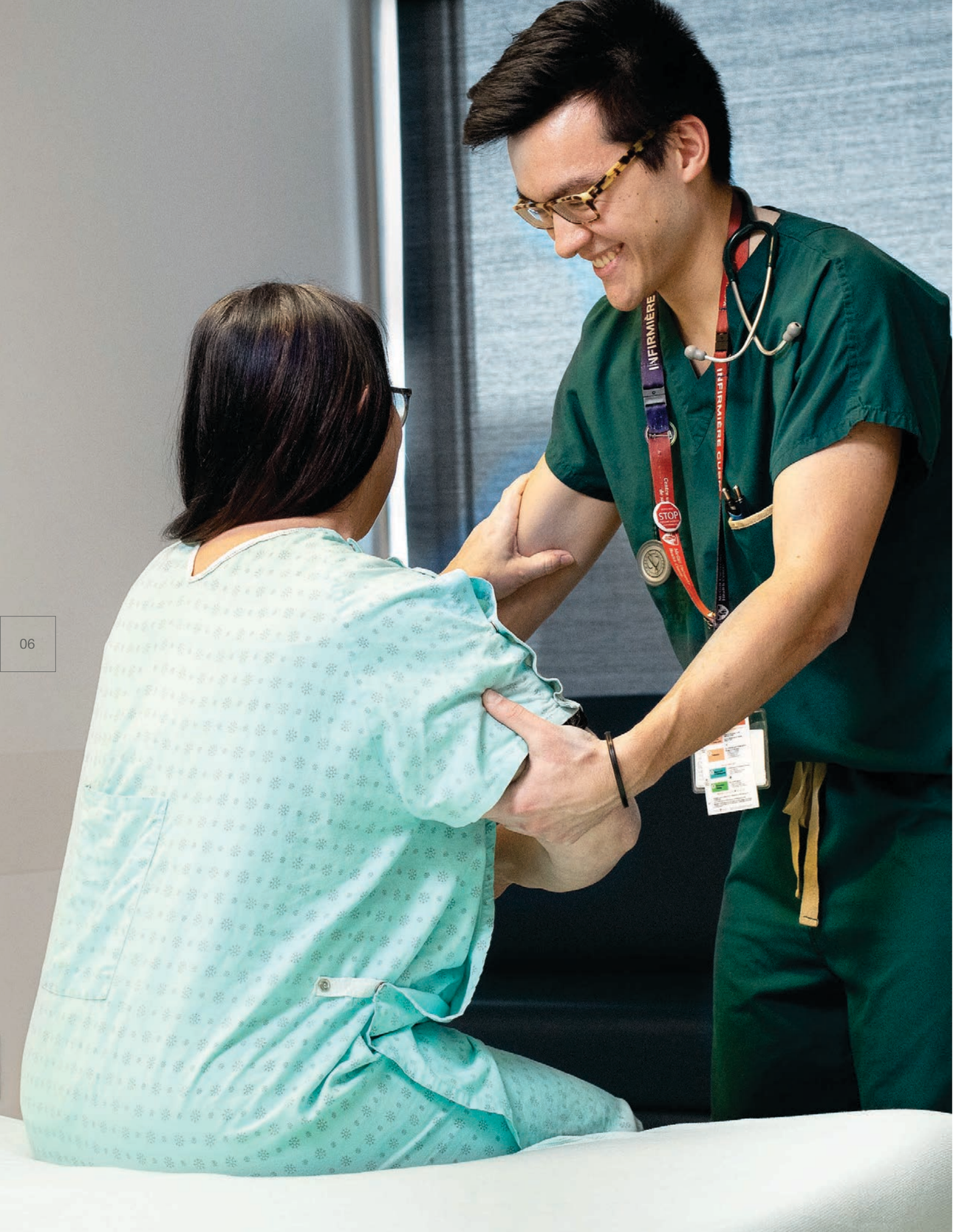
Rappelons que le premier cas recensé au Canada n'a été annoncé que le 22 janvier tandis que l'OMS n'a déclaré la pandémie de la COVID-19 que le 12 mars 2020. Entre ces deux jalons, un travail colossal a été entrepris par nos experts en mesures d'urgence, y compris par les directions de contrôle et de prévention des infections, de santé et sécurité au travail, de ressources humaines et de communications, en plus des départements cliniques et administratifs, etc. Il va sans dire que les travailleurs de santé ont tous été touchés par la pandémie et que le CUSM a dû répondre aux directives ministérielles comme les autres acteurs de notre secteur. C'est du jamais vu depuis plus de cent ans et cette situation perdure jusqu'à maintenant. Nos équipes ont fait preuve de courage, de générosité, de flexibilité et de compassion. Elles ont démontré à quel point la poursuite d'excellence et d'innovation propulse nos projets. À savoir ; assumer le rôle de leader à titre d'un CHU intégré à un réseau universitaire de santé et de services sociaux (RUISSS) et au système québécois n'est plus une idée qui sert à motiver nos équipes et à favoriser la collaboration : c'est une réalité qui prend de plus en plus d'importance, car nous estimons que c'est la seule façon de maximiser notre rendement et de mieux servir la population. Par ailleurs, la pandémie nous révèle que nous ne sommes pas à l'abri des défis mondiaux en santé. Déjà dans la dernière période de l'année financière, nous avons pu constater que les effets de la COVID-19 laisseront des séquelles à plusieurs niveaux, et pas seulement financières, avec lesquelles nous aurons à composer pendant plusieurs années. Voilà pourquoi il est si crucial de toujours garder à l'esprit l'excellence et l'innovation.

Plus que jamais, nos équipes démontrent leur capacité, voire leur volonté, de s'adapter rapidement aux enjeux qui se présentent à elles, ce qui facilite la résilience. À titre d'établissement apprenant, le CUSM poursuit ses projets de modernisation de l'Hôpital de Lachine, de l'Hôpital général de Montréal et du Neuro. Nous renforçons nos partenariats avec le RUISSS McGill, nos hôpitaux affiliés, l'Université McGill, l'Institut de recherche et bien entendu, nos patients et leurs familles. Nous redoublons d'efforts pour mettre en œuvre les projets novateurs les plus prometteurs. C'est au cœur même de notre vision.

Enfin, pour clore une année aussi tumultueuse, il est important de reconnaître l'engagement de nos équipes et des personnes qui nous soutiennent. Cette qualité est la pierre angulaire de notre réussite en 2019-2020, et le sera encore en 2020-2021. Elle fait également rayonner nos contributions au réseau de la santé et des services sociaux du Québec, ainsi qu'à l'échelle internationale.

Peter Kruyt
PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Pierre Gfeller MD CM MBA
PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL



La déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents

Madame, Monsieur,

À titre de président-directeur général du Centre universitaire de santé McGill (CUSM), je confirme que les renseignements contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité.

Tout au long de l'année financière, des systèmes d'information et des contrôles afférents fiables ont été maintenus de sorte à assurer la réalisation des objectifs à l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec la ministre de la Santé et des Services sociaux.

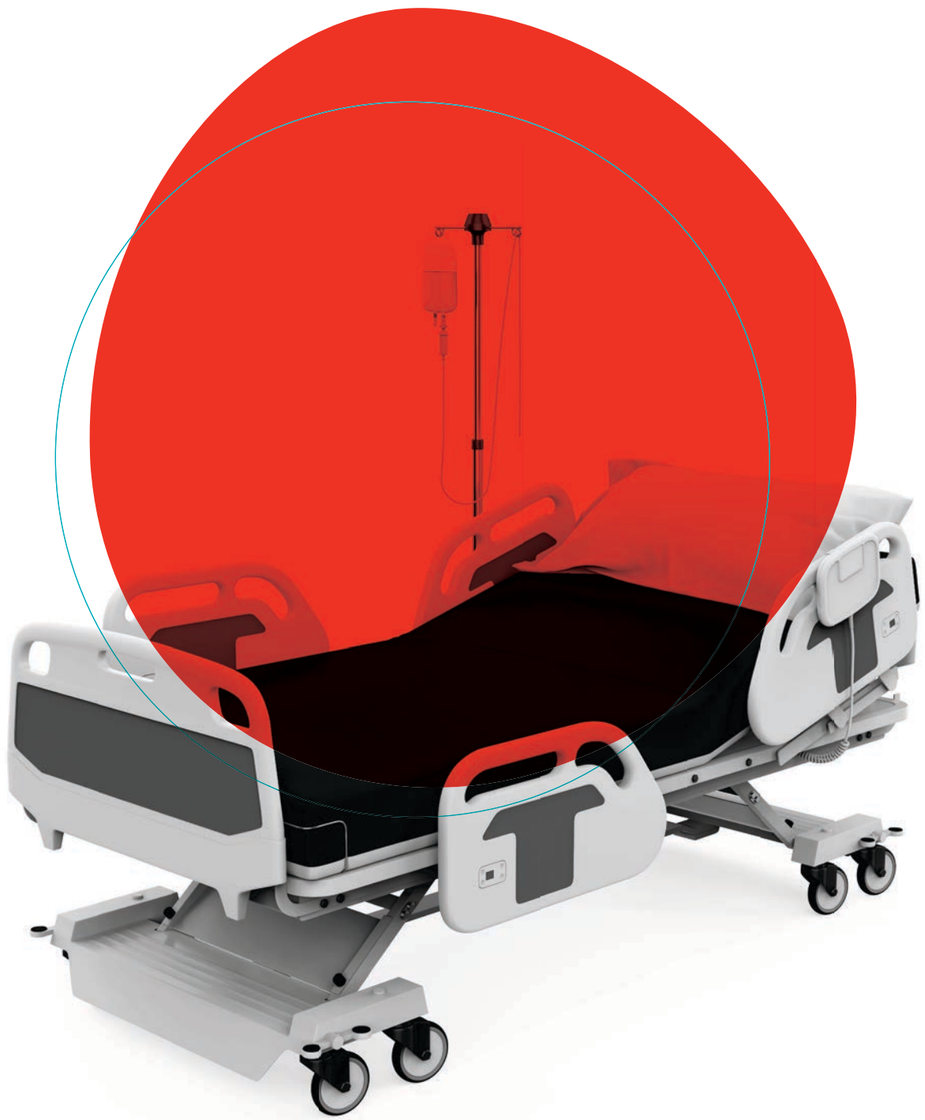
Un examen sur le caractère plausible et sur la cohérence de l'information présentée dans ce rapport a été fait par la direction de l'audit interne. Un rapport a été produit à cet effet.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'année financière 2019-2020 du CUSM :

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

Je déclare donc qu'à ma connaissance les données contenues dans ce rapport annuel de gestion, ainsi que les contrôles afférents à ces données, sont fiables et correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2020.

Pierre Gfeller MD CM MBA
PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL



L’établissement

Le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) offre des soins multidisciplinaires spécialisés et ultra-spécialisés d’une qualité exceptionnelle, centrés sur les besoins des patients adultes et pédiatriques, dans un environnement bilingue – ce qui en fait l’un des centres hospitaliers universitaires les plus complets en Amérique du Nord.

Affilié à l’Université McGill, le CUSM contribue à l’évolution de la médecine en attirant des sommités cliniques et scientifiques du monde entier, en évaluant les technologies médicales de pointe et en formant les professionnels de la santé de demain. Le CUSM regroupe l’Hôpital Royal Victoria, l’Hôpital général de Montréal, l’Institut thoracique de Montréal, l’Hôpital de Montréal pour enfants, l’Hôpital neurologique de Montréal, l’Hôpital de Lachine et le Pavillion Camille-Lefebvre (CHSLD). Le CUSM est également fortement reconnu pour ses activités de recherche, qui sont menées à l’Institut de recherche du CUSM (IR-CUSM).

L’IR-CUSM est un pivot international de la recherche ayant une réputation mondiale dans le domaine des sciences biomédicales et de la santé. Il regroupe 458 membres actifs, y compris des chercheurs en science fondamentale, clinique et évaluative, ainsi que 1 195 étudiants et stagiaires. Il offre un environnement de recherche multidisciplinaire dynamique qui favorise la collaboration et les découvertes destinées à améliorer la santé des patients tout au long de leur vie.

Le CUSM agit comme laboratoire serveur pour la grappe multi établissements Montréal-CUSM d’OPTILAB. En plus du CUSM, celle-ci comprend le CIUSSS du Centre-Ouest-de-l’Île-de-Montréal, le CIUSSS de l’Ouest-de-l’Île-de-Montréal et le CISSS de l’Abitibi-Témiscamingue.

Pour plus de renseignements, rendez-vous sur cusm.ca

Le CUSM
en 2019–2020
33 704 056
Tests et procédures diagnostiques et thérapeutiques
36 344
Admissions
32 855 244
Analyses de laboratoire clinique
32 830
Traitements de radio-oncologie
513 046
Visites ambulatoires
30 233
Chirurgies
408 848
Examens et interventions d'imagerie médicale
3 019
Accouchements
176 173
Visites à l'urgence

Mission, vision et valeurs du CUSM

VISION

Comptant parmi les meilleurs centres hospitaliers universitaires au monde, le CUSM assurera des soins de santé et des activités de recherche, d'enseignement et d'évaluation des technologies à la fois centrés sur le patient, intégrés et d'une qualité exceptionnelle.

MISSION

Le CUSM est le centre hospitalier universitaire adulte et pédiatrique affilié à l'Université McGill.

Notre mission se définit comme suit :

Cette mission se déploie en quatre volets :

- Offrir des soins d'une qualité exceptionnelle et empreints de compassion à notre clientèle adulte et pédiatrique ainsi qu'à leur famille, tout en étant particulièrement dédié au traitement des cas complexes ;
- Repousser les limites de la connaissance médicale par le biais de la recherche et intégrer ces nouvelles connaissances à nos pratiques cliniques et académiques ;
- Dispenser un enseignement de qualité en sciences de la santé aux professionnels de la santé, aux administrateurs ainsi qu'à l'ensemble de la communauté ; et
- Évaluer l'introduction, l'acquisition et l'utilisation de nouvelles technologies en santé, de même que les méthodes d'organisation et de prestation des services.

VALEURS

Service : nos patients et leur famille sont notre raison d'être. Nous dispensons avec compassion des soins multidisciplinaires de la plus haute qualité, qui respectent les normes les plus élevées en matière de sécurité. Nous accompagnons les patients à toutes les étapes de leur vie ; nous intervenons auprès d'eux et de leur famille avec transparence et respectons leur dignité, de même que leurs besoins culturels et linguistiques.

Innovation : nous favorisons une culture de recherche et d'innovation. Nos décisions sont basées sur les évidences scientifiques démontrées et nous cherchons constamment à améliorer notre efficacité et notre efficience.

Leadership : nous développons, utilisons et communiquons sans cesse nos nouvelles connaissances et notre expertise au bénéfice de nos patients aux échelles locale et mondiale. Nous exerçons une influence significative en vue d'améliorer le système de santé aux niveaux local, régional, national et international.

Partenariat : nous travaillons en collaboration avec nos employés, nos ambassadeurs, ainsi qu'avec nos partenaires du réseau de la santé afin d'assurer un continuum de soins complets et intégrés pour la population que nous desservons.

Répartition
des ressources humaines

Au CUSM, nous sommes une communauté de **14 405 personnes :**

5 284
infirmières +
infirmières auxiliaires +
préposés aux bénéficiaires

+

873
professionnels de la santé
autres que médecins et infirmières
(comprend certains résidents
et techniciens)

+

2 862
chercheurs + investigateurs +
étudiants + stagiaires postdoctoraux +
autres membres de
l'Institut de recherche du CUSM
(IR-CUSM)

+

1 389
médecins

+

71
dentistes

+

113
pharmaciens

+

323
gestionnaires

+

3 813
autres professionnels

+

517
bénévoles
(110 769 heures de
bénévolat)

Également, nous accueillons **3 780 étudiants et stagiaires** des niveaux universitaire et collégial, ainsi que des écoles professionnelles :

1 806
en soins infirmiers

+

731
étudiants en médecine

+

732
résidents en médecine adulte
et pédiatrique

+

141
fellows en médecine adulte
et pédiatrique

+

17
résidents en médecine générale
– dentisterie adulte et pédiatrique

+

5
résidents en chirurgie buccale et
maxillo-faciale pour adultes

+

348
dans les autres domaines
de la santé

Spécialités

Les spécialités médicales au CUSM sont regroupées en **16 départements cliniques** :

DÉPARTEMENT D'ANESTHÉSIE

DÉPARTEMENT DE CHIRURGIE

- Chirurgie cardiaque
- Chirurgie générale
- Ophtalmologie
- Orthopédie
- Otolaryngologie – Chirurgie de la tête et du cou
- Chirurgie plastique
- Chirurgie thoracique
- Urologie

DÉPARTEMENT DE CHIRURGIE PÉDIATRIQUE

- Chirurgie cardiovasculaire
- Dentisterie
- Chirurgie pédiatrique
- Gynécologie
- Neurochirurgie
- Ophtalmologie
- Orthopédie
- Otolaryngologie
- Chirurgie plastique
- Urologie

DÉPARTEMENT DE DENTISTERIE

DÉPARTEMENT D'IMAGERIE MÉDICALE

- Radiologie diagnostique
- Médecine nucléaire
- Radiologie pédiatrique

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE

- Allergie et immunologie
- Biochimie
- Cardiologie
- Épidémiologie clinique
- Dermatologie
- Endocrinologie et métabolisme
- Gastroentérologie
- Génétique
- Médecine gériatrique
- Hématologie
- Maladies infectieuses
- Médecine interne
- Oncologie médicale
- Néphrologie
- Radiothérapie
- Médecine de réadaptation
- Médecine respiratoire
- Rhumatologie

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE FAMILIALE

- Soins primaires
- Soins secondaires
- Soins palliatifs

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE DE LABORATOIRE CLINIQUE

- Biochimie
- Hématologie
- Microbiologie
- Diagnostic moléculaire et génétique
- Pathologie

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE D'URGENCE

DÉPARTEMENT DE NEUROSCIENCES

- Neurologie
- Neurochirurgie

DÉPARTEMENT D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

- Gynécologie
- Gynécologie/Oncologie
- Obstétrique
- Endocrinologie de la reproduction

DÉPARTEMENT DE SOINS INTENSIFS

DÉPARTEMENT DE PÉDIATRIE

- Médecine des adolescents
- Allergie/Immunologie/Dermatologie
- Cardiologie
- Médecine d'urgence
- Endocrinologie et métabolisme
- Gastroentérologie et nutrition
- Pédiatrie générale
- Hématologie
- Maladies infectieuses et microbiologie
- Néonatologie
- Néphrologie
- Neurologie
- Soins intensifs pédiatriques
- Médecine respiratoire
- Rhumatologie

DÉPARTEMENT DE PHARMACIE

DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE

DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Conseil d'administration du CUSM

MEMBRES INDÉPENDANTS

Monsieur Peter Kruyt, MBA, B. Comm, président
(Compétence en gouvernance et éthique)

Docteure Sarah Prichard, MD FRCPC, vice-présidente
(Compétence en gouvernance et éthique)

Madame Samira Sakhia, MBA, B. Comm.
(Compétence en gestion des risques, finances et comptabilité)

Madame Mary-Anne Carignan, MBA
(Compétence en ressources humaines, immobilier et informatique)

Monsieur Kevin O'Farrell, CRHA
(Compétence en ressources humaines, immobilier et informatique)

Monsieur Michal Piotr Kuzmicki, MBA, IAS.A, CRE, FICB
(Compétence en ressources humaines, immobilier et informatique)

Monsieur Thomas Pitfield, MA. B. Comm.
(Compétence en ressources humaines, immobilier et informatique)

Monsieur Deep Khosla, BA.
(Compétence à titre d'usager des services de santé du réseau de la santé et des services sociaux du Québec)

Madame Dale MacCandlish-Weil, MBA, B.Sc., ICD.D
(Compétence en vérification, performance et gestion de la qualité)

Monsieur James Cherry, FCPA, FCA, B. Comm.
(Compétence en vérification, performance et gestion de la qualité)

MEMBRES NOMMÉS – UNIVERSITÉS AFFILIÉES

Professeure Suzanne Fortier, B. Sc., Ph. D.

Docteure Laurie Snider, erg., Ph. D.

MEMBRES DÉSIGNÉS

Docteure Anita-Brown-Johnson, B. Sc., MD, CM, CCFP
Département régional de médecine générale

Docteur Olivier Court, MC CM FRCSC
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Monsieur André Bonnici, B. Pharm., M.Sc.
Comité régional sur les services pharmaceutiques

Monsieur Alain Biron, D. Sc., M.Sc., B. Sc.
Conseil des infirmières et infirmiers

Madame Patricia Noël, B. Gest.
Conseil multidisciplinaire

Madame Seeta Ramdass, BA.
Comité des usagers

EX OFFICIO (PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CUSM)

Docteur Pierre Gfeller, MD CM MBA, secrétaire

MEMBRE OBSERVATEUR (AUCUN DROIT DE VOTE)

Monsieur Bruce Shadeed, B. Comm.
Représentant des diverses fondations du CUSM

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

Au cours de l'année courante, aucun cas traité ou manquement n'a été soumis au comité de gouvernance et d'éthique ou au conseil d'administration du Centre universitaire de santé McGill.

Comités

Comité de gouvernance et d'éthique
Dale MacCandlish-Weil, présidente

Comité de vigilance
Deep Khosla, président

Comité des ressources humaines
Kevin O'Farrell, président

Comité de vérification et de finances
Samira Sakhia, présidente

Comité de gestion du parc immobilier
Michal Piotr Kuzmicki, président

Comité des usagers
Pierre Hurteau et Nicole Savoie, coprésidents

Comité de discipline intra-hospitalier
James Cherry, président

LES FONDATIONS DU CUSM

L'appui de nos généreux donateurs, par l'entremise de nos six fondations, nous permet d'accroître et d'améliorer la gamme des services que nous mettons à la disposition de nos patients. Leurs dons aident aussi le CUSM et l'Institut de recherche à demeurer à l'avant-garde des sciences de la santé.

Fondation de l'Hôpital de Lachine

Fondation de l'Hôpital de Montréal pour enfants

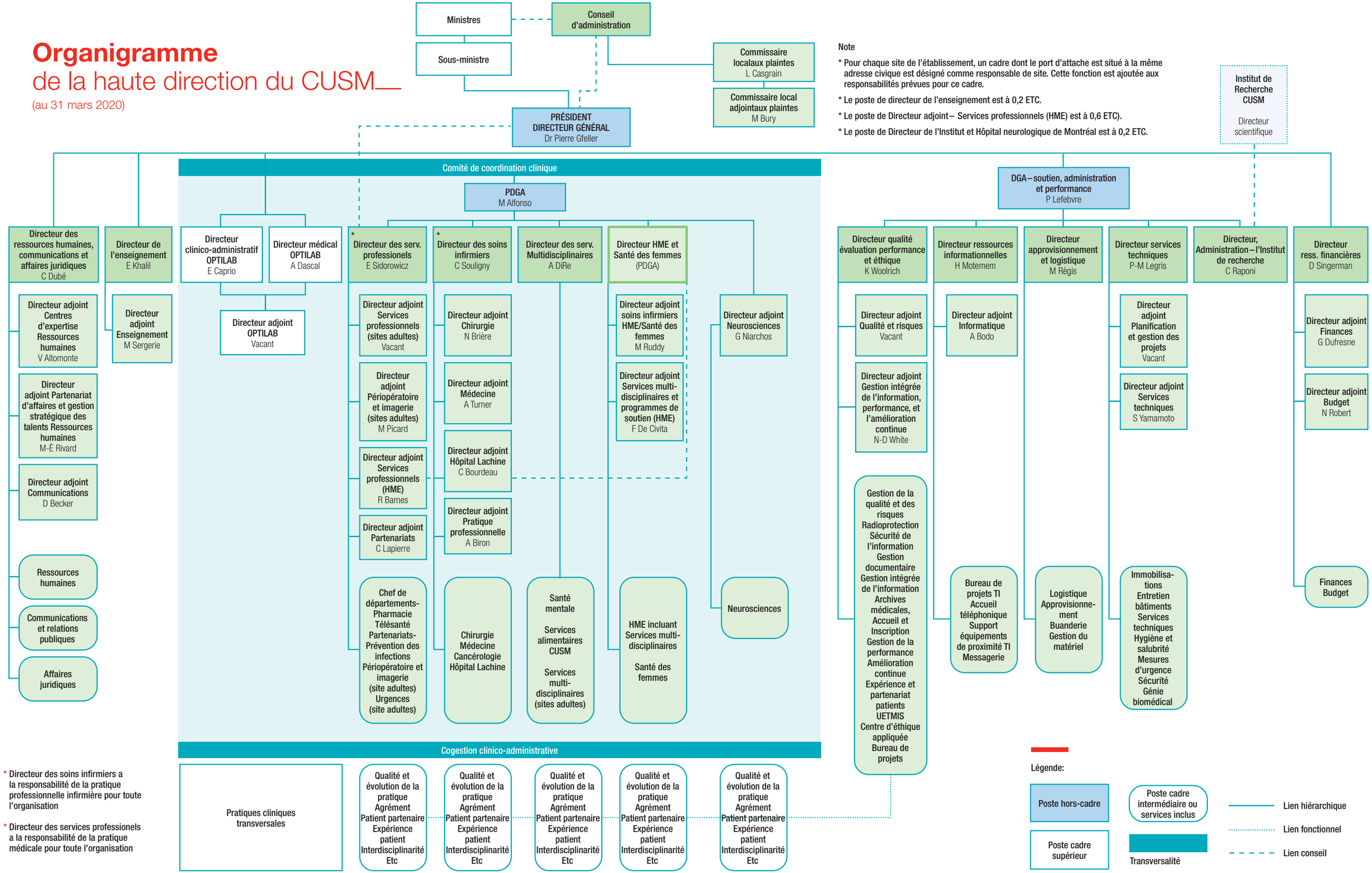
Fondation de l'Hôpital général de Montréal

Fondation de l'Institut thoracique de Montréal

Fondation du Centre universitaire de santé McGill

Fondation du cancer des Cèdres

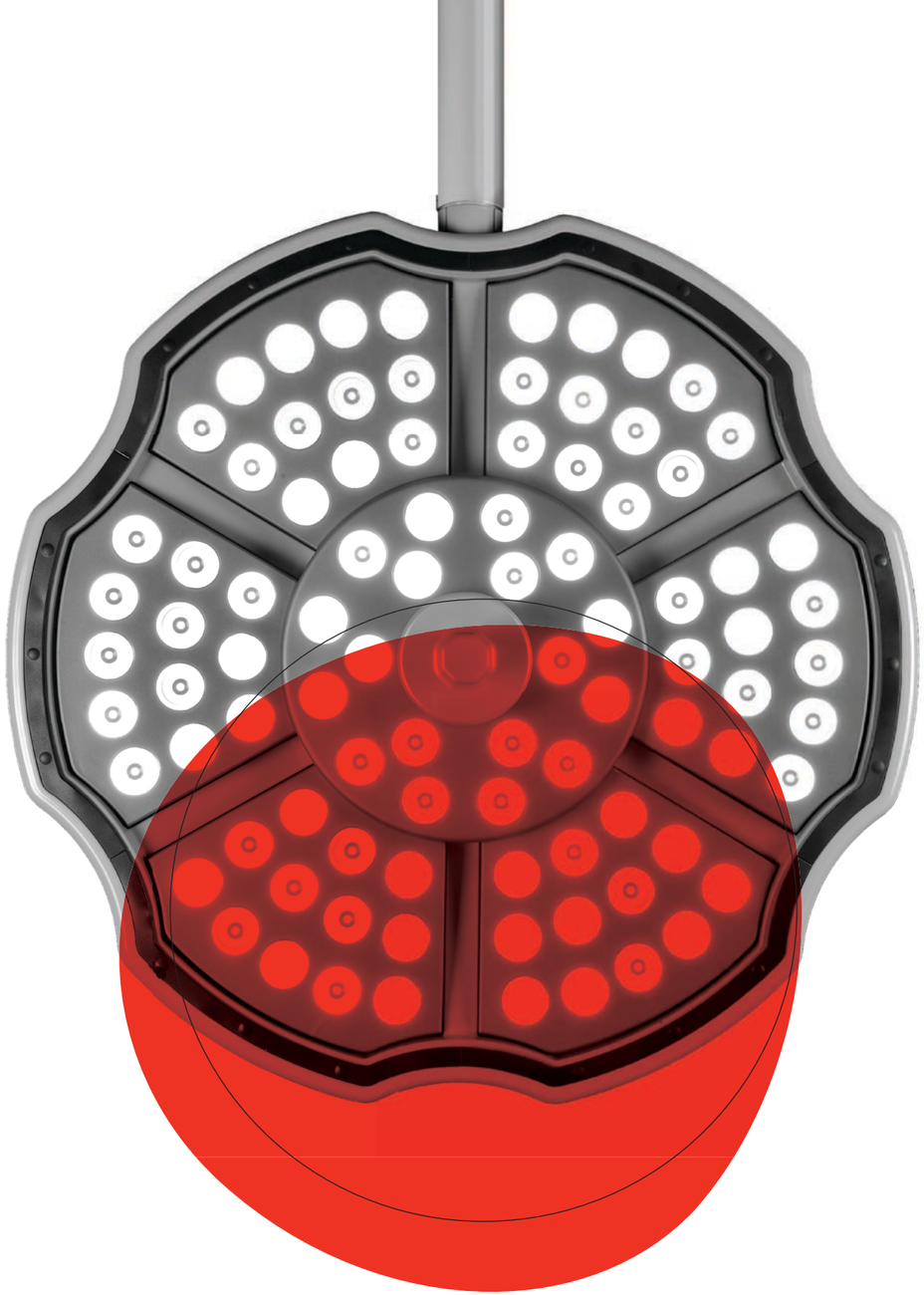
Organigramme
de la haute direction du CUSM
(au 31 mars 2020)



Note

* Pour chaque site de l'établissement, un cadre dont le port d'attache est situé à la même adresse civique est désigné comme responsable de site. Cette fonction est ajoutée aux responsabilités prévues pour ce cadre.
* Le poste de directeur de l'enseignement est à 0,2 ETC.
* Le poste de Directeur adjoint – Services professionnels (HME) est à 0,6 ETC).
* Le poste de Directeur de l'Institut et Hôpital neurologique de Montréal est à 0,2 ETC.

* Directeur des soins infirmiers a la responsabilité de la pratique professionnelle infirmière pour toute l'organisation
* Directeur des services professionels a la responsabilité de la pratique médicale pour toute l'organisation



Faits saillants

Le CUSM possède un riche patrimoine de service et d'excellence. Ces faits saillants illustrent notre volonté d'être un centre hospitalier universitaire innovant et prêt pour l'avenir.

Des projets innovants **pour les patients adultes**

L'APPLICATION D'AUTONOMISATION DES PATIENTS OPAL GAGNE ENCORE ET TOUJOURS

Opal, l'application qui met le pouvoir entre les mains des patients, a reçu deux prix prestigieux en 2019. Après avoir été choisie comme Coup de Cœur des ministres aux Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux, l'application du portail patient Opal a reçu le Grand Prix de l'année au Gala des Prix TI (technologies de l'information) en Santé et Services sociaux. Opal permet aux patients d'accéder à des fonctionnalités uniques telles que des données médicales contextualisées et du matériel pédagogique personnalisé, notamment des résultats de laboratoire, des notes médicales et des plans de traitement. Ce projet est le résultat d'une étroite collaboration entre le Dr Tarek Hijal, radio-oncologue, le physicien médical John Kildea et la professeure à l'École d'informatique de l'Université McGill Laurie Hendren (photo), qui a malheureusement succombé à une longue bataille contre le cancer. Plusieurs patients ont également contribué à son développement.

L'ARRIVÉE DE L'OSTÉOINTÉGRATION AU QUÉBEC AMÉLIORE LA VIE DES PERSONNES AMPUTÉES

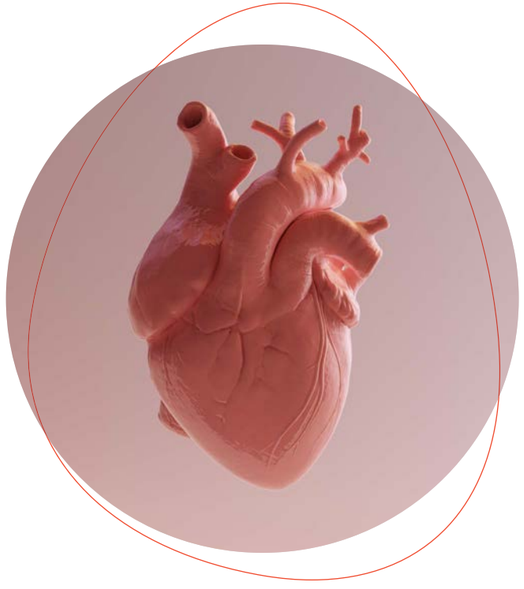
Le CUSM est le seul centre en Amérique du Nord à proposer l'ostéointégration à des personnes amputées des membres inférieurs dans le cadre d'un programme public où les frais sont couverts par la Régie de l'assurance-maladie du Québec. La première intervention a été réalisée au CUSM par le Dr Robert Turcotte, chirurgien orthopédiste, en septembre 2019. Cette procédure chirurgicale, qui consiste à insérer une tige métallique dans l'os du moignon afin de pouvoir y fixer une prothèse externe, améliore grandement la fonctionnalité et la qualité de vie des patients. Fruit d'une collaboration avec l'Institut de réadaptation Gingras-Lindsay-de-Montréal de la CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, le programme a fait l'objet d'une annonce ministérielle et permettra à 150 personnes à mobilité réduite et ayant des problèmes récurrents avec leurs prothèses de jouir d'un niveau d'activité accru.

DES PRODUITS SANGUINS SIMULÉS LIVRÉS PAR DRONE SUR LE TOIT DE L'HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL

Lors d'une première expérience du genre au Canada, un drone a transporté des produits sanguins simulés sur le toit de l'Hôpital général de Montréal du CUSM. Menée par l'urgentologue Dre Valérie Homier, l'expérience a permis de comparer la rapidité et l'efficacité de l'utilisation d'un drone par rapport au transport par véhicule. « Si l'on peut démontrer que les drones sont un moyen de transport efficace pour les produits sanguins, des vies pourraient être sauvées, souligne la Dre Homier. Surtout dans des situations de crise où le trafic routier et les fermetures de routes peuvent causer des retards mortels. » Ce projet a été réalisé en collaboration avec Héma-Québec, Urgences santé, InDro Robotics, Exo Tactik, Airbiz, le service paramédical du comté de Renfrew et la Direction des services techniques du CUSM, avec le soutien de la Fondation Jacques-de Champlain.

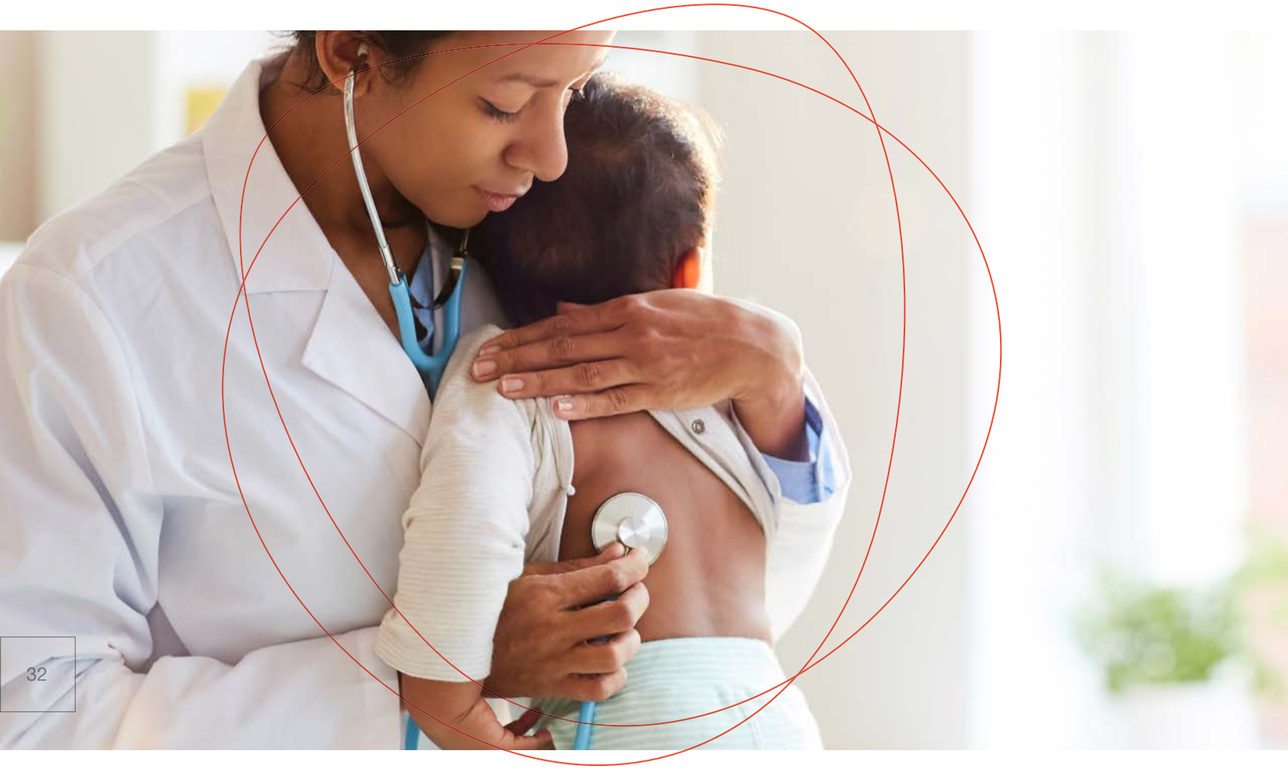
LA RADIOTHÉRAPIE POUR SOIGNER LES CŒURS BRISÉS

Une collaboration unique entre les équipes médicales et infirmières en cardiologie et en radio-oncologie du CUSM permet à certains patients aux prises avec des problèmes graves d'arythmie, notamment la tachycardie ventriculaire, de bénéficier d'un traitement de radiothérapie qui consiste à irradier avec précision les parties anormales du cœur qui provoquent les arythmies. « Il s'agit d'une toute nouvelle façon de faire qui permet de réduire ou même d'éliminer les épisodes arythmiques pour des patients qui ont peu d'options de traitements », explique le Dr Martin Bernier, cardiologue spécialiste de l'activité électrique du cœur au CUSM, qui fait équipe avec le radio-oncologue Dr Tarek Hijal dans ce projet.



LE PARTENARIAT NEURO-CAREAXIS PERMET DE SOULAGER LES DOULEURS RACHIDIENNES

Dans le cadre de son partenariat avec le Neuro, CareAxis, réseau à but non lucratif dont la mission est de réduire le temps d'attente pour les évaluations en chirurgie, a lancé le Programme de soins de la colonne vertébrale pour les aînés afin d'abréger les délais d'évaluation en chirurgie pour les patients de 65 ans ou plus. Les patients admissibles ont accès sans frais aux services de CareAxis, notamment l'évaluation de leur état par un physiothérapeute de leur région et la consultation rapide d'un chirurgien du Neuro si une opération est indiquée. « Le patient peut être traité plus rapidement et plus efficacement en physiothérapie, et s'il a vraiment besoin d'une opération, il sera traité en chirurgie plus rapidement », explique le Dr Carlo Santaguida, neurochirurgien qui pilote le Programme sur la colonne rachidienne du Neuro, et directeur médical principal de CareAxis.



Et pour **les patients pédiatriques**

UNE PREMIÈRE AU QUÉBEC : L'HYPNOSE MÉDICALE

Un projet pilote mené par les technologues en imagerie médicale Johanne L'Ecuyer et Maryanne Fortin à l'Hôpital de Montréal pour enfants (HME) a montré que l'hypnose médicale réduisait la douleur et l'anxiété des jeunes patients lors de certaines procédures d'imagerie médicale. L'hypnose a donc été introduite en remplacement des médicaments pour certaines procédures.

UNE CHIRURGIE INNOVANTE DES AMYGDALES RÉDUIT LES DOULEURS POSTOPÉRATOIRES ET LES COMPLICATIONS

L'HME a été le fer de lance d'un projet unique visant à démontrer comment une technique novatrice d'amygdalectomie diminue le risque de complications majeures telles que les saignements ou le décès résultant de cette chirurgie courante. Cette technique chirurgicale a été utilisée pour la première fois au Québec par le Dr Sam Daniel, chef du service d'oto-rhino-laryngologie pédiatrique. Mené grâce au soutien de la Fondation de l'Hôpital de Montréal pour enfants, ce projet novateur se déroule également dans d'autres établissements de la province.

LA NEUROCHIRURGIE PERMET À UNE JEUNE FILLE ÉPILEPTIQUE DE REPRENDRE UNE VIE NORMALE

Une jeune patiente qui souffrait d'épilepsie depuis trois ans a été transférée à l'HME, où, après des mois de tests et de traitements, le Dr Guillaume Sébire, neurologue pédiatrique, a décidé d'opter pour une résection complète du lobe temporal droit. L'opération, réalisée par les docteurs Roy Dudley, neurochirurgien pédiatrique, et François Dubeau, épileptologue, a grandement amélioré la qualité de vie de la jeune patiente.

PARAPLUIE DE SOINS : LES HÔPITAUX PÉDIATRIQUES ET POUR ADULTES DU SITE GLEN COLLABORENT AU PROFIT DES JEUNES PATIENTS

La conception du site Glen – où l'HME et l'Hôpital Royal Victoria (HRV) se côtoient – a donné lieu à une collaboration unique au profit d'un patient pédiatrique qui devait recevoir un médicament radioactif à l'Hôpital Sainte-Justine. Comme l'intervention n'a pu avoir lieu, la Dre Meranda Nakhla, endocrinologue pédiatrique à l'HME, a fait équipe avec le Dr Anthony Ciarallo, directeur de la médecine nucléaire à l'HRV, pour trouver une solution. Grâce aux salles blindées d'hospitalisation de l'HRV et aux spécialistes de médecine nucléaire interne, le jeune patient a été traité avec succès.

Des directions cliniques et administratives dynamiques et proactives

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS

LE CUSM ANNONCE TROIS IMPORTANTES NOMINATIONS À SON ÉQUIPE CLINIQUE DE CALIBRE MONDIAL

Le recrutement de trois professionnels de la santé hautement qualifiés et respectés est un signe que le CUSM offre un milieu de travail à la fois attrayant et stimulant pour le développement de carrière, et propice à l'amélioration des résultats en matière de santé.

- La nomination de la Dre Liane Feldman comme chirurgienne en chef et directrice de la Mission chirurgicale du CUSM traduit la volonté du CUSM de mettre en place l'une des plus solides équipes de direction du pays. Montréalaise de naissance, la Dre Feldman est profondément engagée dans l'amélioration de la qualité et de l'efficacité de la chirurgie, qui est intrinsèquement liée à l'optimisation des résultats pour les patients. « Première femme nommée à ce poste important au CUSM, la Dre Feldman est une professionnelle de la santé, une pédagogue et une chercheuse très talentueuse et dévouée. Il se trouve également qu'elle est la première femme à être nommée à ce poste important au CUSM – voilà une excellente façon d'entamer une toute nouvelle décennie, » a déclaré le Dr Pierre Gfeller.

- Le Dr Marc Rodger a été nommé chef du Département de médecine du CUSM. Le souci d'excellence du Dr Rodger en matière de soins cliniques, de recherche et d'enseignement lui a valu de nombreuses distinctions au fil des ans, notamment une bourse de carrière en recherche octroyée depuis plusieurs années par la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada (2007-2019) et en 2019, le prix de Mentor de l'année – Clinique dans le cadre des Prix d'excellence de la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa.

- Le Dr Diego Martin a été nommé au poste de radiologiste diagnostique en chef du CUSM. Reconnu à l'échelle internationale en matière d'IRM, il a publié abondamment à propos de l'amélioration du diagnostic précis des cancers, des maladies cardiovasculaires et inflammatoires, parmi bien d'autres maladies. Il est déterminé à relever des défis majeurs en matière de soins de santé par des initiatives faisant appel à l'enseignement, à l'imagerie, aux sciences computationnelles et à la technologie touchant la médecine de précision.

DE MEILLEURS SOINS POUR LES PATIENTS TRAITÉS POUR UN AVC OU UN TROUBLE NEUROLOGIQUE

La consolidation des services destinés aux patients hospitalisés pour un AVC ou un trouble neurologique au CUSM est devenue une réalité le 17 octobre 2019. Les lits du 14e étage de l'Hôpital général de Montréal (HGM) destinés à ces patients ont été transférés au Neuro, ce qui leur permettra de recevoir des soins sous un même toit. La centralisation des ressources et le regroupement de nos experts faciliteront également la coordination du personnel et des services. Les patients recevront des soins spécialisés respectant les lignes directrices sur les pratiques interdisciplinaires exemplaires ; ces services seront offerts par une équipe diversifiée de spécialistes des neurosciences, composée de médecins, d'infirmières et d'autres professionnels de la santé.

DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS

TRANSPLANT QUÉBEC DÉCERNE LE GRAND PRIX 2019 À UNE INFIRMIÈRE-RESSOURCE DU CUSM POUR SA CONTRIBUTION EXCEPTIONNELLE À LA CAUSE DU DON D'ORGANES AU QUÉBEC

Wendy Sherry (photo), infirmière-ressource au CUSM, a reçu le Grand Prix 2019 décerné par Transplant Québec, en reconnaissance de son implication, de son leadership et de son professionnalisme remarquables pour faire avancer les pratiques de don d'organes au Québec. « Je félicite Wendy pour ses efforts de sensibilisation et d'éducation auprès des professionnels de la santé et du grand public en matière de don d'organes et de tissus, qui font honneur au CUSM et à la Direction des soins infirmiers », déclare Chantal Souligny, directrice des soins infirmiers.

UNE APPROCHE NOVATRICE EN MATIÈRE DE SOINS PALLIATIFS RÉCOMPENSÉE

L'équipe de l'unité des soins palliatifs de l'Hôpital Royal Victoria du CUSM a mis sur pied un projet qui vise à encourager les professionnels de la santé du CUSM à proposer un plan de traitement qui intègre rapidement les soins palliatifs après un diagnostic de cancer du poumon de stade 4 ou avancé. « Des études démontrent que les patients qui reçoivent des soins palliatifs ou des soins de confort dans les quatre à huit semaines suivant le diagnostic d'un cancer avancé voient leur vie prolongée et leur qualité de vie améliorée », explique la Dre Stefanie Gingras, qui a collaboré avec la Dre Carolyn Freeman, présidente du Comité de coordination de la pertinence clinique du CUSM, le Dr Ben Shieh, pneumologue, Chantal Guèvremont, pharmacienne, Nisha Almeida, chercheuse scientifique à l'Unité d'évaluation des technologies de la santé et Alain Biron, directeur associé des soins infirmiers au CUSM. Ce projet a remporté une bourse de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.

PRIX FLORENCE DE L'OIIQ : UNE NOMINATION BIEN MÉRITÉE POUR UNE JEUNE INFIRMIÈRE DU CUSM

La conseillère en pratique infirmière Laurence Cobo, également vice-présidente du Comité de la relève infirmière, est l'une des trois finalistes du Prix Florence 2020 de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) dans la catégorie Relève, qui récompense une infirmière comptant moins de cinq ans d'expérience qui a fait preuve d'un remarquable engagement communautaire ou professionnel. « Cette nomination est un grand honneur pour Laurence, mais également pour toute l'équipe des soins infirmiers du CUSM, affirme Chantal Souligny, directrice des soins infirmiers du CUSM. Laurence a un brillant avenir dans la profession d'infirmière, et je pense que cette nomination est toute désignée pour elle et pour ce qu'elle a déjà accompli dans sa jeune carrière. »

DIRECTION DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES ET DE SANTÉ MENTALE

PRIORITÉ : AMÉLIORER LE SERVICE AUX PATIENTS

Les professionnels de la Direction des services multidisciplinaires se sont concentrés sur d'importants projets afin d'améliorer le service aux patients, entre autres la réduction des temps d'attente pour les services tant pour les patients hospitalisés que pour les patients ambulatoires, et l'élaboration de la politique et de la procédure de prévention de la maltraitance des personnes âgées. En santé mentale, une équipe dévouée de psychiatres, d'infirmières, d'ergothérapeutes, de travailleurs sociaux et de personnel de soutien s'est associée aux patients et aux familles pour améliorer la trajectoire et l'expérience des patients. L'équipe s'est également penchée sur l'élaboration et la mise en œuvre d'un nouveau protocole lié au confinement des patients en santé mentale.

DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT

PRIORITÉ À LA SIMULATION IN SITU

Travaillant aux côtés des différents établissements d'enseignement, la Direction de l'enseignement veille à ce que les apprenants qui passent par le CUSM bénéficient d'un environnement d'apprentissage stimulant. Ces dernières années, la direction a donné la priorité à la simulation in situ, c'est-à-dire, se déroulant dans un environnement clinique proche du réel. Une campagne réalisée en collaboration avec la Fondation du CUSM a permis au CUSM d'accumuler les fonds nécessaires à la réalisation de ce projet majeur qui vise à entraîner les soignants dans leurs conditions de travail habituelles. De plus, la direction s'est jointe au Consortium de ressources électroniques du RUISSS de l'Université de Montréal, ce qui permet aux employés et aux apprenants du CUSM de bénéficier d'une multitude d'outils de recherche ainsi que d'un plus grand répertoire de revues scientifiques.

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES, DES COMMUNICATIONS ET DES AFFAIRES JURIDIQUES

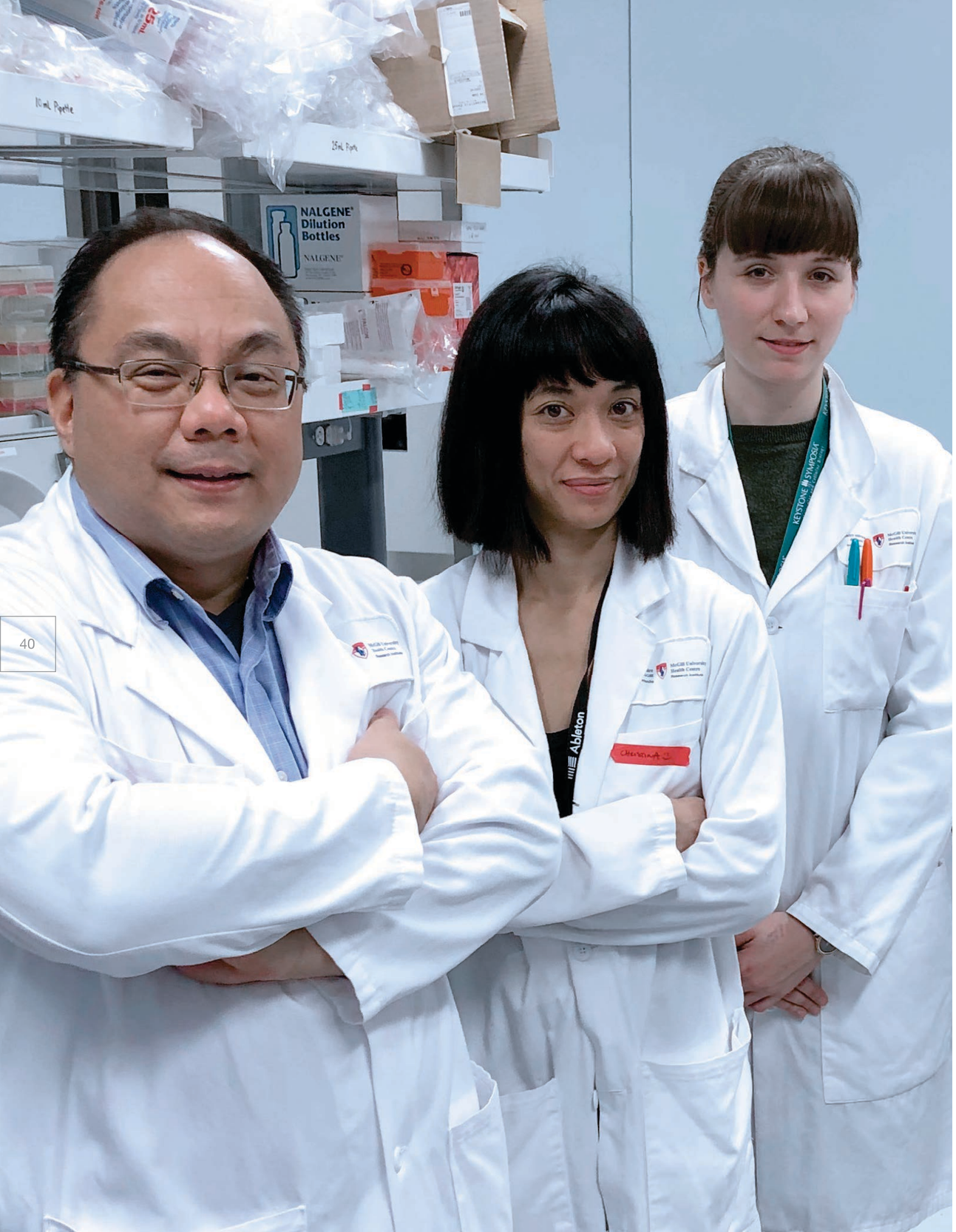
L'HÔPITAL DE LACHINE OUVRE SES PORTES AUX NOUVEAUX TALENTS

La Direction des ressources humaines, communications et affaires juridiques (DRHCAJ) a trouvé une façon sympathique de recruter du personnel de soins pour l'Hôpital de Lachine. En novembre 2019, l'équipe d'acquisition des talents, sous la gouverne de Valérie Lacombe, a organisé un événement portes ouvertes convivial qui a attiré 50 candidats potentiels aux postes d'infirmière, d'infirmière auxiliaire, de préposé aux bénéficiaires et de candidat à l'exercice de la profession infirmière (CEPI). Lors de cette journée, les candidats ont pu visiter les installations de l'hôpital et l'équipe des ressources humaines a réalisé une douzaine d'entretiens sur place le soir même. « Les Ressources humaines nous ont présenté des candidats extraordinaires, s'est réjouie Chantale Bourdeau, directrice adjointe de l'Hôpital de Lachine. « C'est exactement le type de soutien que nous visons à offrir à nos clients, a dit la directrice de la DRHCAJ Caroline Dubé. C'est vraiment stimulant de voir les gens travailler ensemble pour obtenir d'excellents résultats. »

DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES

À L'AVANT-GARDE DE LA GESTION RESPONSABLE DE L'ENVIRONNEMENT DANS LE SECTEUR DES SOINS DE SANTÉ : LE SITE GLEN CERTIFIÉ LEED GOLD À DEUX REPRISES

Le CUSM et le Groupe infrastructure santé McGill (GISM) ont obtenu une deuxième certification LEED Or, une première au Québec. La récompense LEED Or pour bâtiments existants (BE) a été décernée par le Conseil du bâtiment durable du Canada (CBDCa) au site Glen du CUSM, qui a ouvert ses portes en 2015, à Montréal. En février 2016, le site avait obtenu la certification LEED Or pour nouvelles constructions (NC). Cette récompense souligne l'engagement du CUSM dans la conception, l'exploitation et l'entretien durable des bâtiments ainsi que la collaboration entre les équipes et les partenaires pour identifier et déployer les meilleures pratiques durables.



Des chercheurs diligents sur tous les fronts

Les **458 chercheurs** et **1 195 étudiants** de l'Institut de recherche du CUSM ont publié **plus de 1 900 publications scientifiques** évaluées par des pairs et ont contribué à de nombreux projets innovants.

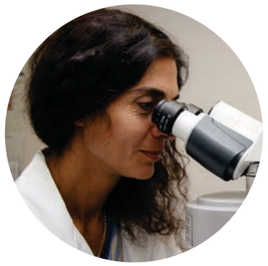
MALADIES RESPIRATOIRES RARES : L'APPROCHE NOVATRICE DU CUSM MARIE DIVERSES EXPERTISES

Seul établissement canadien à réunir l'expertise en immunologie et en médecine respiratoire avec l'expertise pédiatrique et adulte, le CUSM permet aux Drs Adam Shapiro et Donald Vinh de travailler ensemble pour mieux comprendre les causes génétiques rares des maladies suppuratives des voies respiratoires, qui provoquent chez les patients des pneumonies et des bronchectasies récurrentes (dommages aux voies respiratoires). Ils participent à une grande étude financée par les National Institutes of Health (NIH) des États -Unis, qui vise à détecter chez des patients la présence de mutations génétiques causant notamment la dyskinésie ciliaire primaire – une affection qui entraîne des maladies chroniques des voies respiratoires, des défauts de positionnement des organes et l'infertilité.

FIBROMYALGIE ET DOULEUR CHRONIQUE : LES BACTÉRIES DE L'INTESTIN EN CAUSE

La fibromyalgie est une maladie incurable, invalidante et difficile à diagnostiquer touchant de 2 à 4 % de la population. Or, le Dr Amir Minerbi et son équipe ont mis en lumière, pour la toute première fois, des changements dans les bactéries peuplant les voies digestives des personnes atteintes de fibromyalgie. Les chercheurs ont observé une corrélation directe entre la gravité des symptômes de la fibromyalgie – douleurs, fatigue et troubles cognitifs – et la présence ou l'absence plus marquée de certaines bactéries. Ils ont également confirmé que les changements observés dans le microbiome des sujets atteints de fibromyalgie n'étaient pas causés par des facteurs comme

l'alimentation, les médicaments, l'activité physique et l'âge. Grâce à l'apprentissage machine, ils sont parvenus à diagnostiquer la fibromyalgie à partir de la seule composition du microbiome, avec un taux d'exactitude de 87 %.



TUMEURS CÉRÉBRALES PÉDIATRIQUES : DES ORIGINES CELLULAIRES PRÉCOCES

Les tumeurs cérébrales constituent la principale cause de mort non accidentelle chez les enfants au Canada ; toutefois, jusqu'à récemment, on savait peu de choses sur leur formation et leur développement. Les travaux de la Dre Nada Jabado ont démontré que l'événement génétique qui déclenche la maladie se produit dans les toutes premières étapes du développement cellulaire, souvent dans les phases prénatales. Cela pourrait ouvrir la voie à la découverte de nouveaux traitements pour des cancers du cerveau.

CANCERS DE L'OVAIRE ET DE L'ENDOMÈTRE : 6 MILLIONS DE DOLLARS POUR UN TEST DE DÉPISTAGE PAP QUI SAUVERA DES VIES

Le projet DOvEEgene vise le développement et la validation d'un test non invasif pour la détection précoce de cancers gynécologiques qui pourrait sauver des milliers de vies chaque année au Canada et des millions de vies dans le monde. L'objectif de la Dre Lucy Gilbert, qui dirige le projet, est de mettre à la disposition des médecins de famille et des gynécologues, dans les prochaines années, un test diagnostique capable de détecter plus de 70 % des cancers précoces de l'ovaire et de l'endomètre avec un taux de faux positifs près de zéro.

UNE DIMINUTION IMMÉDIATE ET DURABLE DES TAUX D'INFECTION GRÂCE AUX CHAMBRES INDIVIDUELLES

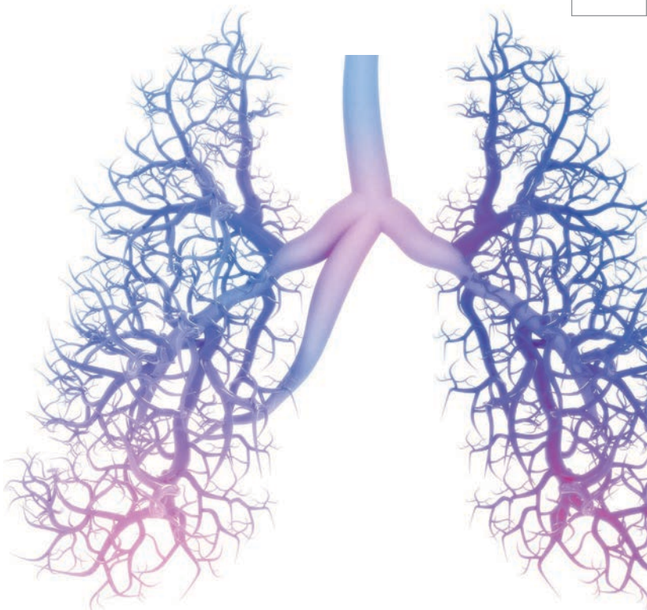
Une étude menée par les Drs Emily Gibson McDonald et Todd Lee et publiée en 2019 a révélé que les taux de colonisation et d'infections sanguines dues à l'Enterococcus résistant à la vancomycine (ERV), un organisme commun multirésistant aux médicaments, ont chuté immédiatement et de façon spectaculaire après le transfert au site Glen du CUSM en 2015. Cela suggère une association entre les chambres individuelles et la réduction du risque d'infections nosocomiales. Leurs conclusions ont d'importantes implications pour les stratégies de contrôle des infections dans le contexte de la construction ou de la rénovation des hôpitaux.

SANTÉ CARDIAQUE DES FEMMES : UNE PREMIÈRE CHAIRE DE RECHERCHE AU QUÉBEC

Contrairement à la croyance populaire, les maladies du cœur et l'AVC ne sont pas des maladies d'hommes. Au pays, ces affections sont la première cause de mortalité précoce chez les femmes. La Dre Natalie Dayan dirige la première chaire de recherche sur la santé cardiaque des femmes au Québec, octroyée par Cœur + AVC et l'Université McGill. Avec son équipe, elle vérifiera si l'amélioration des pratiques d'allaitement de femmes ayant souffert d'hypertension artérielle ou de prééclampsie pendant leur grossesse peut contribuer à diminuer la pression artérielle ou à réduire la nécessité de prendre des médicaments pour la pression artérielle douze mois après l'accouchement.

IMMUNOTHÉRAPIE : EXPLOITER LE POUVOIR DU CORPS POUR LUTTER CONTRE LE CANCER

Le CUSM a été le premier à lancer un nouvel essai de phase III visant à étudier l'utilisation préopératoire de l'immunothérapie chez les patients atteints du cancer du poumon, parmi 145 centres de traitement du cancer du poumon à l'échelle internationale. Cette forme de traitement permet au système immunitaire du corps de cibler et d'éliminer les cellules cancéreuses mutantes. « Les taux de survie pour le cancer n'ont pas changé depuis 25 ans, surtout parce que les options de traitement – la chimiothérapie, la radiation et la chirurgie – n'ont pas changé, affirme le Dr Jonathan Spicer. Il existe une synergie réelle entre la réalisation d'essais cliniques novateurs et la création de réseaux de médecine personnalisée. Ce que nous sommes en train d'établir ici, c'est ce flux d'information continu entre la clinique, le laboratoire et le patient. »



INSTALLATION D'UN APPAREIL DE RM CARDIAQUE DE POINTE AU SITE GLEN

Le CUSM a reçu au site Glen un appareil innovateur de résonnance magnétique cardiaque, le 3T GE SIGNA™ Premier de GE Medical Systems, qui est utilisé à des fins de recherche par le Dr Matthias Friedrich, chef de l'imagerie cardiovasculaire au CUSM, et d'autres cliniciens-chercheurs. L'appareil, qui produit des images de haute qualité du cœur et du système vasculaire sans utiliser de substances radioactives ou de radiations, permet d'identifier des maladies avant même que les symptômes n'apparaissent. Il réduit le besoin d'agents de contraste (colorants injectés) et facilite la découverte de maladies cardiaques difficiles à détecter, en plus d'améliorer la sécurité et l'expérience des patients, grâce à un temps de balayage fortement raccourci. Financées par la Fondation du CUSM, l'acquisition et l'installation par grue de l'appareil ont été rendues possibles grâce au soutien de la Direction des services techniques du CUSM et des services d'Infrastructure et génie biomédical de recherche de l'Institut de recherche du CUSM.

QUAND LE TEMPS PRESSE : ÉTABLIR LE SÉQUENÇAGE RAPIDE DU GÉNOME POUR ACCÉLÉRER LES SOINS DES NOUVEAU-NÉS ATTEINTS D'UNE MALADIE GÉNÉTIQUE PRÉSUMÉE

Le projet Rapidomics vise à mettre en œuvre le séquençage rapide du génome entier chez les nouveau-nés et les nourrissons en soins actifs atteints d'une maladie génétique présumée. L'initiative panquébécoise dirigée par le CHU Ste-Justine implique les laboratoires de génétique moléculaire des quatre hôpitaux universitaires pédiatriques provinciaux, le Centre québécois de génomique clinique et le MSSS en tant que chef de projet et utilisateur final.

Entente **de gestion et d'imputabilité**

Résultats des attentes spécifiques

(Chapitre III)

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
SANTÉ PUBLIQUE			
1.1 Implanter, d'ici le 31 mars 2020, le Programme québécois de soins buccodentaires et de soins d'hygiène quotidiens de la bouche dans tous les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) publics et privés conventionnés de la province de Québec	Tout d'abord, participer à une rencontre d'information avec l'équipe du MSSS afin de bien comprendre le cadre de référence pour implanter le programme. Ensuite, faire parvenir un plan de déploiement au MSSS. Le personnel de l'équipe de soins ainsi que les professionnels embauchés devront suivre une formation en ligne. Selon le financement accordé aux établissements, ceux-ci devront envoyer la liste de tous les professionnels embauchés au fur et à mesure. Une reddition de comptes est demandée sur les dépenses octroyées: à la formation, aux salaires, aux déplacements, à l'achat d'équipement portatif, à l'achat de matériel de soins d'hygiène et aux honoraires. D'autres indicateurs sont en développement et pourront être demandés en lien avec les activités réalisées par les professionnels dentaires.	✕ Non réalisé	Le CUSM est en attente du financement prévu par le MSSS

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
PROGRAMMES DÉDIÉS AUX PERSONNES, AUX FAMILLES ET AUX COMMUNAUTÉS			
2.1 Bonnes pratiques des établissements pour la prévention et la réduction des usagers en niveau de soins alternatifs (NSA)	Les établissements fusionnés et non fusionnés ont des obligations dans la prévention et la réduction des NSA. Ainsi, ils doivent compléter un état de situation de l'implantation des bonnes pratiques pour prévenir et résoudre le phénomène des usagers en niveau de soins alternatifs.	✕ Non réalisé	Cette attente a été retirée par le MSSS
2.2 Amélioration de la qualité des soins d'hygiène offerts dans les CHSLD	L'évaluation à jour, le plan d'intervention et le travail en interdisciplinarité permettront aux équipes d'offrir un choix personnalisé basé sur différents facteurs (habitudes, sécurité, niveau de collaboration et d'autonomie, portrait clinique). Un état de situation, portant sur l'optimisation de l'organisation du travail pour les soins d'hygiène ainsi que sur les résultats du 2e soin d'hygiène complet par semaine, est demandé aux établissements.	✓ Réalisé	
2.7 Suivi de l'ajout d'effectifs en CHSLD	Les établissements visés doivent rendre compte de l'ajout d'effectifs dans les équipes interdisciplinaires en CHSLD.	✓ Réalisé	
AFFAIRES UNIVERSITAIRES, MÉDICALES, INFIRMIÈRES ET PHARMACEUTIQUES			
4.2 État d'avancement sur le Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan national 2016-2018 – Continuum de services pour les personnes à risque de subir ou ayant subi un AVC	Autoévaluation sur la poursuite du Plan d'action déposé le 31 octobre 2016, composé à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national. L'état d'avancement des travaux au 31 mars 2020, ainsi que les causes de la non-atteinte des objectifs du Plan d'action de l'établissement doivent être évalués.	✕ Non réalisé	Cette attente a été retirée par le MSSS

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
AFFAIRES UNIVERSITAIRES, MÉDICALES, INFIRMIÈRES ET PHARMACEUTIQUES (SUITE)			
4.3 Contribuer au déploiement provincial de la télésanté	Les établissements devront démontrer leur contribution au déploiement de la télésanté au Québec en s'assurant que le comité tactique local réalise son mandat, que des actions soient réalisées dans le cadre du plan d'action en télésanté 2018-2020 et que le répertoire des services cliniques en télésanté soit à jour.	✓ Réalisé	
4.4 État d'avancement du Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2017 2018– Continuum de services, phase hyper aiguë, pour les personnes ayant subi un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST)	Autoévaluation au 31 mars 2020, du plan d'action déposé le 22 juin 2017, composée à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le Plan d'action national. L'avancement des travaux et les causes de la non-atteinte des objectifs du plan d'action doivent être évalués.	✓ Réalisé	
INFRASTRUCTURES, LOGISTIQUE, ÉQUIPEMENTS ET APPROVISIONNEMENT			
7.1 Réaliser le Plan de résorption du déficit de maintien des actifs immobiliers au 31 mars 2020, conformément aux cibles fixées par l'établissement pour chacun des bâtiments déficitaires concernés	L'établissement doit absolument faire les liaisons requises entre les projets du Programme d'investissement en conservation des infrastructures (PCFI) et les travaux des listes de besoins constituant ces projets. Le MSSS vise la résorption définitive du déficit de maintien des bâtiments. Conséquemment, pour tous les bâtiments dont la cible de résorption du déficit de maintien (RDM) est de 100 % au 31 mars 2020, la valeur des travaux de maintien à réaliser doit se traduire par un indice de vétusté physique (IVP) nettement au deçà du seuil d'état établi au terme du cycle de cinq ans suivant l'inspection en raison du vieillissement continu des bâtiments.	✓ Réalisé	

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
COORDINATION, PLANIFICATION, PERFORMANCE ET QUALITÉ			
8.1 Sécurité civile	Consolider les mécanismes de base en sécurité civile de façon à ce que l'établissement puisse assumer son rôle dans le déploiement de la mission Santé du PNSC. À cet effet, l'établissement doit: • disposer d'un plan de sécurité civile à jour présentant le système de garde 24/7, les comités internes de sécurité civile et le processus d'alerte et de mobilisation des ressources; • s'assurer que le personnel affecté à la sécurité civile a bénéficié d'une formation de base recommandée par le MSSS; • établir ou raffermir des liens de partenariat en sécurité civile.	✕ Non réalisé	Le livrable a été reporté au 14 septembre 2020 par le MSSS
8.2 Gestion des risques en sécurité civile – Santé et Services sociaux	Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit poursuivre sa démarche de gestion des risques en sécurité civile (GRSC) et traiter au minimum un risque identifié comme prioritaire.	✕ Non réalisé	Le livrable a été reporté au 14 septembre 2020 par le MSSS
8.3 Plan de continuité des activités – Santé et Services sociaux	Afin d'être conforme à l'attente, l'établissement doit lancer le projet d'élaboration d'un plan de continuité des activités (PCA) pour une portée d'établissement. Pour ce faire, la haute direction de l'établissement doit approuver une charte de projet présentant, entre autres: la durée estimée du projet; le calendrier de réalisation des étapes; la structure de gouvernance.	✕ Non réalisé	Le livrable a été reporté au 14 septembre 2020 par le MSSS

ATTENTE SPÉCIFIQUE	DESCRIPTION DE L'ATTENTE SPÉCIFIQUE	ÉTAT DE RÉALISATION	COMMENTAIRES
COORDINATION, PLANIFICATION, PERFORMANCE ET QUALITÉ (SUITE)			
8.4 Révision des Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise	Les établissements ont reçu au printemps 2018 le nouveau cadre de référence pour l'élaboration des Programmes d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise. Les programmes d'accès de chaque établissement, élaborés grâce à ce cadre de référence, seront soumis au Comité régional pour les programmes d'accès de la région pour avis, entérinés par le conseil d'administration et ensuite transmis au MSSS et au Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise.	✕ Non réalisé	Report de certaines activités en raison de la pandémie. Néanmoins, le CUSM poursuit la promotion de ses programmes autant en français qu'en anglais, notamment du fait de sa désignation bilingue. Nous continuons également de participer aux rencontres inter-établissements liées à ce programme. Par ailleurs, la démarche d'approbation de l'offre de service est prévue pour septembre 2020.
TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION			
9.2 Maintien des dispositions de la directive sur la cybersécurité	Conformément à la directive sur la cybersécurité, l'établissement devra se conformer à ses dispositions. Ainsi, au cours de l'année 2019-2020 le bilan porte sur les éléments suivants: • Maintenir à jour l'inventaire de l'ensemble des actifs informationnels. • Procéder à des tests de vulnérabilités. • Gérer efficacement les menaces. • Mener une analyse des risques de sécurité de l'information. • Gérer sainement la sauvegarde et la restauration des données.	✓ Réalisé	

Résultats des engagements annuels
de l'entente de gestion et d'imputabilité
(Chapitre IV)

Atteinte de l'engagement annuel :

● Atteint à 100 % ● Égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % ● Inférieur à 90 %

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020	ENGAGEMENT 2020-2021
SANTÉ PUBLIQUE – PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES				
1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHGS) ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – diarrhées associées au Clostridium difficile (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	100	ND
1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)	100	100	20	ND
1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe CHSGS)*	50	100	75	ND
1.01.26-PS Taux de conformité aux pratiques exemplaires d'hygiène des mains dans les établissements	73,7	80	75,5	ND

1.01.19.01 PS
Engagement atteint. En effet, les taux d'infections de C. Difficile sont sous les seuils établis dans tous nos sites. On note une amélioration remarquable à l'Hôpital général de Montréal au cours de la dernière année. Les taux de l'Hôpital de Lachine et de l'Hôpital neurologique de Montréal sont très faibles. À l'Hôpital Royal Victoria (HRV) du site Glen, le taux s'est légèrement amélioré malgré le fait que ce site dessert une clientèle très vulnérable susceptible aux infections nosocomiales qui reçoit beaucoup d'antibiothérapie ; notamment lors de transplantations, de traitements en chimiothérapie, de chirurgies majeures, de soins intensifs, etc.). Les taux sont plus élevés sur les unités des soins intensifs et d'hématologie-oncologie. Le programme « Contrôle spécifique des infections – stratégies de succès » incluant l'hygiène des mains, le contrôle de la qualité pour le nettoyage et la désinfection ainsi qu'un volet sur l'antibiogouvernance a grandement contribué à ces bons résultats.

1.01.19.02 PS
Engagement non atteint. À l'Hôpital de Montréal pour enfants, l'ensemble des cas d'infection au SARM a été répertorié sur l'unité de soins intensifs de néonatalogie. Pour les sites adultes, une concentration importante des cas de SARM communautaire a été observée chez nos patients hospitalisés sur trois des quatre sites.

Les mesures correctrices mises en place portent sur : l'implantation de la décolonisation topique chez les nouveau-nés colonisés et le dépistage universel chez les mères avant l'accouchement. De plus, un renforcement de l'hygiène des mains et des précautions universelles propres au SARM est déployé à travers un processus d'audits et de rétroaction plus rigoureux.

1.01.19.04 PS
Il y a une grande amélioration des taux d'infection en Hémodialyse, notamment à l'Hôpital de Lachine en 2019-20. Un programme d'amélioration des soins de cathéters a été instauré pour veiller à l'application stricte des normes de soins. L'HRV se situe légèrement au-dessus du seuil établi avec seulement 2 cas de bactériémies. Bien que l'HRV reçoive les patients les plus complexes de toute la clientèle du CUSM, le taux s'est grandement amélioré par rapport à 2018-2019. Nous travaillons à améliorer nos taux.

1.01.26 PS
Le résultat se rapproche de la cible et démontre une amélioration par rapport à 2018-2019.

Au CUSM, des efforts constants sont déployés pour atteindre et dépasser la cible. Les travaux amorcés dans le cadre du programme « Contrôle spécifique des infections – stratégies de succès » se poursuivent et portent ses fruits. En effet, nous avons remporté un prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux pour ce programme interdisciplinaire impliquant les patients et le personnel.

Ce résultat reflète également la pertinence du déploiement de stations visuelles pour le lavage des mains sur les unités de soins. Ces stations permettent la rétroaction des résultats d'audit des mains. Elles servent ainsi à sensibiliser et à impliquer davantage le personnel tant dans l'identification des solutions que dans l'implantation d'opportunités d'amélioration.

Atteinte de l'engagement annuel :

Atteint à 100 % · Égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % · Inférieur à 90 %

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020	ENGAGEMENT 2020-2021
SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES				
1.03.07.00-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée	100	100	Annulé par le MSSS	ND
1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée	100	100	Annulé par le MSSS	ND
1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée	66,7	100	Annulé par le MSSS	ND
1.03.16-EG2 Pourcentage des personnes hébergées en CHSLD public ayant une évaluation à jour et un plan d'intervention	85	85	41	ND

1.03.07.-PS
Considérant le contexte de pandémie reliée au coronavirus (COVID-19), l'engagement sur le pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes de l'approche adaptée à la personne âgée a été annulé par le MSSS.

1.03.16-EG2
L'engagement n'est pas atteint et le résultat est moins favorable qu'en 2018-2019.

Le roulement du personnel a réduit le nombre d'intervenants qui réalisent les évaluations et les plans d'intervention. Par ailleurs, en avril 2019, le processus de réalisation des évaluations des personnes hébergées en CHSLD et des plans d'intervention a été révisé, ce qui a ralenti notre lancée. Nous avons déjà débuté l'année 2020 avec de l'avance et dès septembre 2020, la formation sera offerte à l'équipe de l'Hôpital de Lachine.

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020	ENGAGEMENT 2020-2021
SANTÉ MENTALE				
1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnu par le Ministère	54	54	63	ND

L'engagement est atteint et le nombre de places de suivi intensif dans le milieu est supérieur au résultat de l'année passée. Le plan d'investissement en santé mentale a permis l'ajout d'un poste d'intervenant dans l'équipe de suivi intensif dans le milieu, ce qui a grandement facilité l'atteinte de la cible.

Atteinte de l'engagement annuel :

Atteint à 100 % · Égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % · Inférieur à 90 %

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020	ENGAGEMENT 2020-2021
URGENCE				
1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence	15,86	12	17,95	ND
1.09.16-PS Délai moyen de prise en charge médicale à l'urgence pour la clientèle ambulatoire	163	145	182	ND
1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est de moins de 2 heures	61,0	74,2	58,4	ND
1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée de séjour à l'urgence est de moins de 4 heures	44,3	68,3	42,2	ND

Les engagements liés à l'urgence ne sont pas atteints.

L'attente à l'urgence continue d'augmenter sur les sites adultes et particulièrement à l'urgence de l'Hôpital Royal Victoria du CUSM. Malgré les multiples mesures correctrices déployées cette année incluant : l'ouverture de 12 lits au site Glen adulte, un effort soutenu de réorientation des patients de priorité 4 et 5 vers la première ligne (13 % en 2018-19 à 19 % en 2019-20), un meilleur arrimage avec les autres établissements du réseau de la santé et l'implantation de l'accueil clinique pour la moitié des cliniques ciblées par le MSSS, les indicateurs de l'urgence ne se sont pas améliorés.

Un enjeu important demeure le déficit chronique de lits disponibles notamment relié à l'augmentation des patients requérant des soins tertiaires ou avec un statut niveau de soins alternatifs (NSA). Le nombre moyen de patients NSA au CUSM est passé de 70 en 2018-19 à 83 en 2019-20. Avec ce volume croissant de patients NSA, l'accès aux soins et services tertiaires et quaternaires est affecté et la fluidité des trajectoires de soins aigus des patients est perturbée.

À cet effet, une proposition de révision du nombre de lits d'hospitalisations au plan clinique a été soumise au MSSS en mars 2020. Par ailleurs, le CUSM explore les possibilités de renforcer la collaboration avec les établissements partenaires du réseau et la communauté pour l'orientation des patients NSA vers les milieux appropriés dans les délais prescrits.

Atteinte de l'engagement annuel :

Atteint à 100 % · Égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % · Inférieur à 90 %

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020	ENGAGEMENT 2020-2021
CHIRURGIE				
1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies	125	0	113	ND
1.09.32.10-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois	866	618	1209	ND

1.09.32.00-PS
L'engagement n'est pas atteint, néanmoins il y a une diminution constante du nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an. La mise en place de la programmation centralisée des blocs opératoires permet de planifier les chirurgies en fonction de la priorité médicale et du temps d'attente.

1.09.32.10-PS
L'engagement n'est pas atteint et le nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 6 mois a augmenté. Sur les sites adultes, ce résultat fait suite aux défis d'accès aux lits chirurgicaux. Pour la clientèle pédiatrique, les facteurs explicatifs de cette situation sont la pénurie de radiologistes et la fermeture de la salle de procédure. Cette dernière a pour principale conséquence l'accumulation de cas électifs sur la liste d'attente.

Par ailleurs, le déclenchement de la pandémie à la mi-mars va conduire au report de certaines chirurgies entraînant aussi l'allongement de la liste d'attente.

Le CUSM va poursuivre ses efforts pour réaliser les chirurgies dans les meilleurs délais. L'accent est principalement mis sur : le recrutement et la formation croisée des radiologistes, la recherche de ressources en vue de la réouverture de la salle de procédure ainsi que le renforcement des partenariats avec les établissements externes pour le délestage des cas mineurs. Par ailleurs, nous envisageons une réorganisation des horaires de travail pour réduire la liste d'attente.

Atteinte de l'engagement annuel :

Atteint à 100 % · Égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % · Inférieur à 90 %

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020	ENGAGEMENT 2020-2021
SANTÉ PHYSIQUE – IMAGERIE MÉDICALE				
1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les scopies	46,1	100	20,6	ND
1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les mammographies diagnostiques	91,6	100	87,3	ND
1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies obstétricales	91,7	100	75,0	ND
1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques	31,7	90	59,3	ND
1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires	92,1	100	84,5	ND
1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les autres échographies	54,9	90	56,2	ND
1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries	77,2	100	91,9	ND
1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les résonances magnétiques	62,0	90	67,7	ND
1.09.34.10-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomographies par émission de positrons (TEP)	92,0	100	91,6	ND

Les engagements en imagerie médicale ne sont pas atteints.

Des facteurs communs expliquent la non-atteinte des cibles. Il s'agit notamment de :

- La capacité insuffisante pour gérer les listes d'attentes en amont face à une demande accrue
- Le bris d'équipements qui ralentit la cadence
- L'implantation tardive de l'allongement des heures d'ouverture pour la tomodensitométrie et la résonnance magnétique
- La difficulté de recruter du personnel spécialisé comme les technologues et les anesthésistes ainsi que la faible disponibilité des ergothérapeutes

1.09.34.02 PS
Le résultat de 20,6 % est inférieur à celui de l'année passée (46,1 %). Une saisie incomplète des données explique ce faible résultat. La correction des données est en cours.

1.09.34.05 PS
Un plan d'optimisation de la gestion des listes d'attentes a été réalisé et a permis d'améliorer le résultat de 31,7 à 61,5 %. Nous poursuivons les travaux amorcés dans ce sens.

1.09.34.08-PS
Le résultat de 91,9 % est nettement supérieur à celui de l'année dernière 77,2 % pour le pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les tomodensitométries.

1.09.34.09 PS
Le résultat de 67,7 % est plus favorable que celui de l'année passée (62,0 %) en résonnance magnétique. Cette amélioration est liée à l'allongement des heures qui permet d'augmenter la capacité pour les patients hors délais.

1.09.34.10 PS
Le résultat se rapproche de la cible et se maintient par rapport à celui de l'année passée pour les tomographies par émission de positrons.

Pour les autres indicateurs, les résultats sont moins favorables que l'année passée.

Les actions suivantes ont contribué aux améliorations observées en 2019-20 et seront poursuivies au cours de la prochaine année :

- Prolongement des travaux sur les mécanismes d'accès et de gestion des listes d'attentes au niveau de la centrale de rendez-vous de l'imagerie
- Collaboration avec le guichet de capacité résiduelle pour le transfert de clientèle enregistré
- Lancement du plan d'optimisation pour les anesthésistes
- Collaboration avec les ressources humaines pour le recrutement de la main-d'œuvre

Atteinte de l'engagement annuel :

🟢 Atteint à 100 % 🟠 Égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % 🔴 Inférieur à 90 %

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020	ENGAGEMENT 2020-2021
CANCÉROLOGIE				
1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	48,1	90	47,2	ND
1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	88,1	100	85,4	ND

Les engagements en cancérologie ne sont pas atteints et les résultats sont légèrement moins favorables que ceux de l'année précédente.

L'accès difficile aux lits chirurgicaux post-opératoires ainsi que le volume croissant de patients sur la liste d'attente contraignent l'atteinte de la cible. En effet, le volume de patients sur la liste d'attente avait augmenté de 5 % entre 2017-2018 et 2018-2019, passant de 3027 à 3202.

Entre 2018-2019 et 2019-2020, l'augmentation est passée à 7 % avec 3420 patients sur la liste d'attente.

Pour améliorer l'accès dans les délais en chirurgie oncologique, nous poursuivons les efforts de conciliation des chirurgies selon leur priorité médicale et leur temps d'attente. De plus, une attention particulière est accordée à la vigie quotidienne des listes d'attente.

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020	ENGAGEMENT 2020-2021
RESSOURCES MATÉRIELLES				
2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité	100	100	100	ND

Le niveau de réalisation des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité est de 100 %. Cet indicateur atteint donc l'engagement et maintient une bonne performance depuis l'année précédente (100 %). Nous consolidons nos efforts afin de maintenir ces acquis.

Atteinte de l'engagement annuel :

● Atteint à 100 % ● Égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % ● Inférieur à 90 %

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020	ENGAGEMENT 2020-2021
RESSOURCES HUMAINES				
3.01-PS Ratio d'heures en assurance-salaire	6,47	6,44	6,68	ND
3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires	3,90	3,82	4,32	ND
3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'œuvre indépendante	1,09	1,06	1,08	ND
3.05.03 Ratio de présence au travail	N/A	91,8	91,66	ND

3.01-PS
L'engagement n'est pas atteint et il y a une détérioration des résultats de 2019-2020 comparé à ceux de 2018-2019. Par ailleurs, le nombre de dossiers d'assurance salaire a augmenté de 11,9 % (731 en 2018-2019 et 830 pour 2019-2020).

Dans l'ensemble, le défi actuel est considérable. Tout comme les années antérieures, le nombre élevé de réclamations pour cause de santé mentale est élevé. Le stress en lien avec la pandémie à la COVID-19 est un facteur aggravant qui se reflète au niveau du nombre élevé de réclamations en santé mentale, en médecine et en chirurgie.

De plus, certaines initiatives pour prendre soin de notre personnel ont été suspendues pendant cette période, dont le programme adapté de réintégration pour encadrer les retours et éviter les rechutes ainsi que le projet portant sur la stabilité des équipes et l'absentéisme chronique. Une reprise graduelle de ces activités est prévue en juillet 2020.

3.05.02-PS
L'engagement n'est pas atteint. L'augmentation du taux s'explique surtout par les heures de temps supplémentaire travaillées en période 13, pendant la pandémie.

Comparé à la même période en 2018-2019, le taux de temps supplémentaire a augmenté pour la majorité des regroupements des titres d'emploi en période 13.

De plus, comparé aux autres périodes de 2019-2020, nous avons constaté une hausse importante dans les heures de temps supplémentaire en période 13 pour le regroupement des titres d'emploi d'infirmières, les techniciens, les professionnels et les techniciens de la santé. Cette hausse est principalement attribuable à la pandémie.

Avant la pandémie, un exercice de dotation avait débuté pour les infirmières dans le but de se rapprocher de la cible et d'augmenter significativement le nombre de postes disponibles en fonction des différents types d'absence.

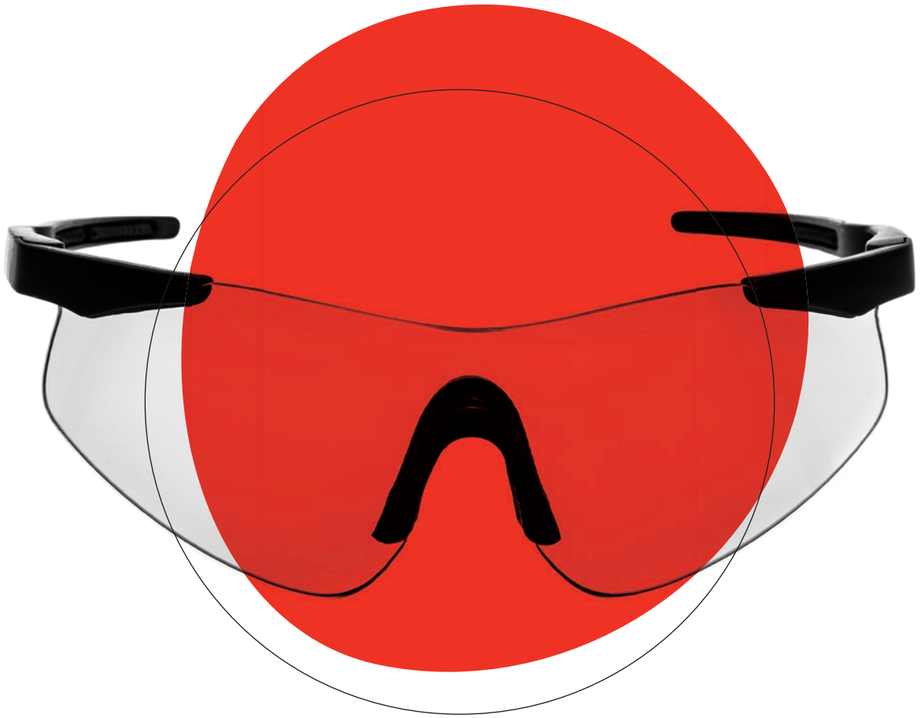
3.06.00-PS
La cible n'est pas atteinte. La majorité de notre main-d'œuvre indépendante est composée de gestionnaires des services alimentaires et du personnel de soins continus.

3.05.03
La cible est atteinte.

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020	ENGAGEMENT 2020-2021
MULTIPROGRAMMES				
7.02.00-EG2 Taux d'implantation de la Stratégie d'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes en situation d'itinérance ou à risque de le devenir	40	100	NON DISPONIBLE	ND

Autres résultats pour **certains indicateurs du plan stratégique du MSSS**

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2020	COMMENTAIRES
7.02.00-EG2 Nombre de personnes en attente d'un service en santé mentale	53	Les efforts sont maintenus pour améliorer en continu l'accès aux services en santé mentale



Les activités relatives à **la gestion des risques et de la qualité**

Agrément

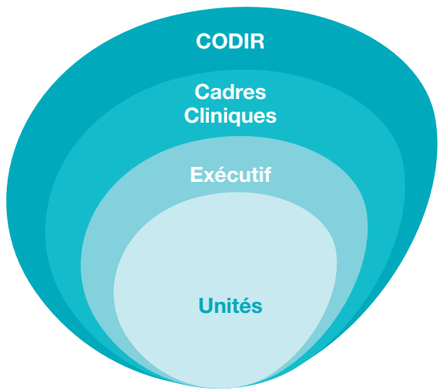
Le CUSM a reçu la visite d'Agrément Canada en mai 2019. Cette visite a eu lieu dans le cadre du nouveau programme Qmentum qui se déroule maintenant de façon continue sur une période de cinq ans, durant laquelle trois visites distinctes sont prévues. La première des trois s'est échelonnée du 27 au 30 mai 2019.

Les équipes du CUSM avaient commencé leur préparation en 2016 pour la visite d'agrément, qui était initialement prévue pour septembre 2017, avant d'être reportée à mai 2019.

Tous les secteurs ont réalisé des auto-évaluations pour ensuite examiner leurs résultats, identifier les domaines à améliorer et élaborer des plans d'action en fonction des priorités établies.

Préparation

Bien que la première des trois visites ait ciblé des normes cliniques, des normes transversales (prévention et contrôle des infections, retraitement des dispositifs médicaux et gestion des médicaments) ont également été évaluées dans tous les secteurs. Par conséquent, tout le personnel et les médecins devaient y être sensibilisés. Une stratégie de communication et de sensibilisation aux normes et aux pratiques organisationnelles requises (POR) a été proposée au Comité de direction (CODIR), adoptée et présentée aux cadres cliniques, à l'exécutif des missions ainsi qu'au personnel de première ligne.



En préparation à la visite, en plus des groupes de travail propres à chaque secteur, des séances de sensibilisation sur toutes les unités de soins des sites adultes et pédiatriques du CUSM ont été élaborées et animées par l'équipe de gestion de la qualité et des risques de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE).

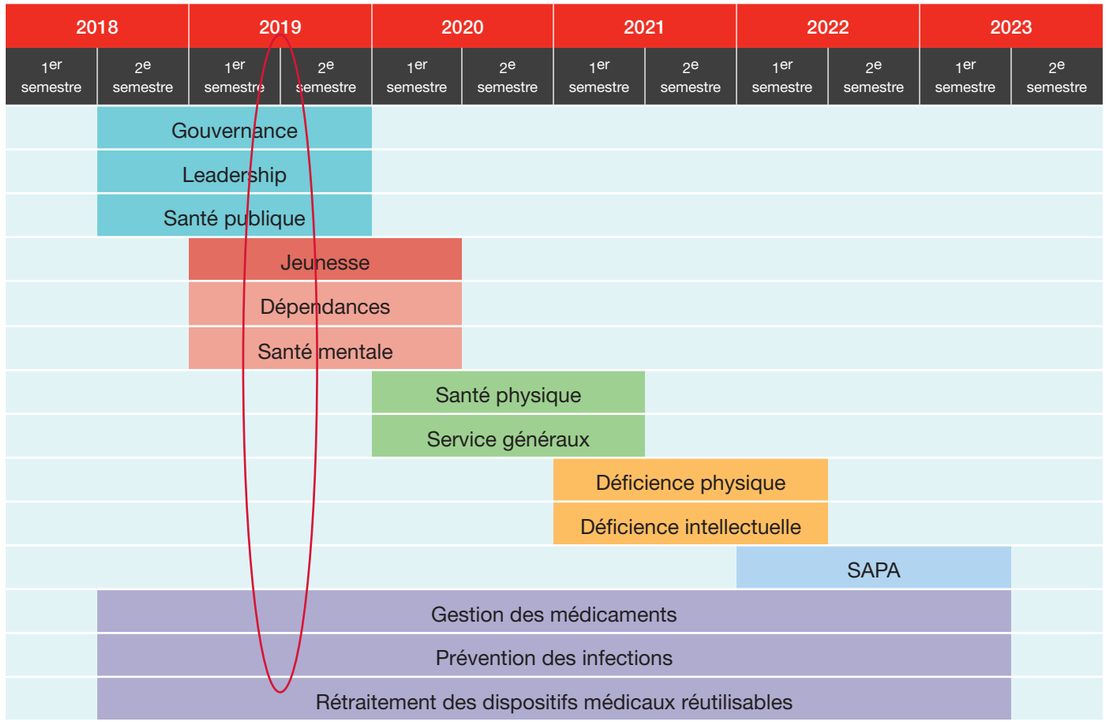
Au total, plus de 102 sessions se sont déroulées pendant plus de 8 semaines, auxquelles plus de 750 employés ont participé.

En préparation à la visite, en plus des groupes de travail propres à chaque secteur, des séances de sensibilisation sur toutes les unités de soins des sites adultes et pédiatriques du CUSM ont été élaborées et animées par l'équipe de gestion de la qualité et des risques de la DQEPE. Au total, plus de 102 sessions se sont déroulées pendant plus de 8 semaines, auxquelles plus de 750 employés ont participé.

Les sites suivants ont fait l'objet de la visite :

Site Glen	Hôpital de Lachine
Hôpital général de Montréal	Institut Allan Memorial
Hôpital neurologique de Montréal	Place Dupuis – Centre de la reproduction du CUSM

Pour cette première séquence du nouveau programme Qmentum au CUSM, les volets jeunesse, santé mentale et dépendances étaient évalués parallèlement aux secteurs de gouvernance, leadership et santé publique. Mentionnons que pour les services de traitement des dépendances et de pédopsychiatrie, il s'agissait historiquement d'une première visite. La gestion des médicaments ainsi que le retraitement des dispositifs médicaux ont également fait l'objet d'une évaluation de manière transversale pour l'ensemble des secteurs.



L'évaluation des normes s'est basée sur un cadre normatif distinct pour chacune d'elles :

Normes	
Gouvernance	Leadership
Obstétrique	Santé mentale adulte
Pédopsychiatrie	Procréation médicalement assistée
Traitement des dépendances	Gestion de la médication
Contrôle et prévention des infections	Retraitement des dispositifs médicaux

Taux de conformité à l'ensemble des normes à 94,9 %

Au total, 29 pratiques organisationnelles requises (POR) ont été évaluées, pour lesquelles le CUSM a obtenu un taux de conformité de 96,5 %.

ÉTABLISSEMENT AGRÉÉ

À la suite de cette visite, l'établissement a reçu la mention « Agréé ». Cette visite a également permis d'identifier les points forts et les points d'amélioration suivants :

Les succès :

- Déménagement en 2015 de certains de nos hôpitaux et de l'Institut de recherche sur le site Glen ;
- Nouveau conseil d'administration mis en place en septembre 2017 et nouveau président-directeur général nommé en mai 2018 ;
- Déploiement d'une équipe de plus de 60 patients partenaires impliqués aux niveaux clinique et organisationnel ;
- Renouvellement de l'équipe de direction ;
- Progression de l'interdisciplinarité et amélioration continue malgré les changements survenus aux niveaux supérieurs de l'organisation ;
- Culture de qualité et de sécurité partagée par tout le personnel ;
- Ouverture à l'innovation, ex. : projet sur le flux de patients ;
- Amélioration de l'accueil des clientes des Premières Nations.

Les défis :

- Pratiques organisationnelles requises (POR) :
  - Le déploiement du bilan comparatif des médicaments pour tous les secteurs cliniques ;
- La mise sur pied d'un plan d'évaluation des pratiques d'hygiène des mains au Centre de la reproduction du CUSM ;
- Vétusté des sites de l'HGM, de l'Institut Allan Memorial (IAM) et des bâtiments connexes ;
- Dossier patient électronique intégré à déployer.

Suites apportées aux recommandations formulées par l'organisme d'agrément dans son dernier rapport :

Pour chacune des recommandations reliées aux POR, des comités transversaux ont été mis sur pied afin d'élaborer les plans d'action organisationnels visant à établir le suivi des recommandations formulées par Agrément Canada.

Considérant le contexte exceptionnel de la pandémie de COVID-19 autant aux niveaux régional, national qu'international, et son impact majeur sur l'ensemble des activités cliniques et

non-cliniques du CUSM, la date de dépôt des preuves de conformité suivant la visite a été repoussée au 19 octobre 2020.

La prochaine visite d'Agrément Canada est prévue en avril 2021 pour les programmes de santé physique. Toutefois, le CUSM en demande le report pour les raisons énoncées précédemment.

LA SÉCURITÉ ET LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Des actions ont été réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration et la divulgation des incidents/accidents (I/A) :

- Communications soutenues auprès des gestionnaires sur la déclaration des incidents et accidents (types, procédures, dates d'échéance du ministère) ;
- Rapports trimestriels des I/A déclarés acheminés aux personnes responsables (unités de soins, co-gestionnaires des missions, directeurs, Table de la coordination clinique et Conseil d'administration) et affichés sur certaines unités de soins graduellement via les stations visuelles ;
- Ateliers de formation sur la déclaration des incidents et accidents, la divulgation, la communication et la sécurité des patients offerts au personnel et aux professionnels du CUSM au cours de l'année 2019-2020. Cela représente 173 sessions de formation et plus de 2 463 participants de secteurs variés :

ATELIERS DE FORMATION 2019-2020		
	# Séances	# Participants
Déclaration des incidents et accidents (AH-223), divulgation, analyses approfondies, analyses des risques	8	93
Orientation des nouveaux employés - Sécurité des patients	46	1179
Orientation des nouvelles infirmières / infirmières auxiliaires Sécurité des patients et communication, déclaration des incidents et accidents (AH-223), divulgation, analyses approfondies	10	231
Orientation des résidents - Sécurité des patients, déclaration des incidents et accidents, et divulgation	2	155
Pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada	102	750
Loi de Vanessa	5	55
Grand total	**173**	**2463**

ANALYSE DES TENDANCES EN MATIÈRE D'INCIDENTS ET ACCIDENTS

À titre de référence, voici l'échelle de gravité du MSSS pour la déclaration d'incidents-accidents :

DESCRIPTION	
Gravité	
A	Circonstance ou situation à risque de provoquer un événement indésirable ou d'avoir des conséquences pour l'usager
B	Un événement indésirable est survenu, mais l'usager n'a pas été touché (échappée belle)
C	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager, sans lui causer de conséquence. Présence d'inconvénients qui ne requièrent aucune intervention additionnelle particulière (ni premiers soins, ni surveillance, ni tests ou examens pour vérifier l'absence de conséquences, ni modification au plan d'intervention)
D	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et des vérifications additionnelles (surveillance, tests ou examens physiques, modification au plan d'intervention, accompagnement) ont dû être faites pour vérifier la présence ou l'apparition de conséquence.
E1	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de conséquences mineures et temporaires n'exigeant que des interventions non spécialisées (premiers soins, pansement, glace, désinfection, manœuvre de Heimlich).
E2	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de conséquences temporaires nécessitant des soins, services, interventions ou traitements spécialisés qui vont au-delà des services courants (RX, consultation, examens de laboratoire), mais qui n'ont aucun impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation ou de l'épisode de soins.
F	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de conséquences temporaires et qui ont un impact sur la nécessité/durée de l'hospitalisation ou de l'hébergement.
G	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de conséquences permanentes sur ses fonctions physiologiques, motrices, sensorielles, cognitives, psychologiques (altération, diminution ou perte de fonction, d'autonomie).
H	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de conséquences nécessitant des interventions de maintien de la vie (intubation, ventilation assistée, réanimation cardio-respiratoire).
I	Un événement indésirable est survenu, a touché l'usager et est à l'origine de conséquences qui ont contribué à son décès.

La nature des trois principaux types d'incidents a été mise en évidence au moyen du registre local des incidents et accidents :

TOP TROIS CATÉGORIES D'INCIDENTS AU CUSM (indices de gravité A et B)

	2019-2020*		2018-2019	
2019-2020*	#	%**	#	%**
Médicament	479	5,9 %	600	8,5 %
Autre	386	4,7 %	539	7,6 %
Retraitement des dispositifs médicaux	269	3,3 %	341	4,8 %

*Données extraites de SISSS : 29 juin 2020

**Par rapport à l'ensemble des événements

TOUTES CATÉGORIES D'INCIDENTS AU CUSM (indices de gravité A et B)

Indice	2019-2020*		2018-2019	
	#	%	#	%
Chute	27	1,6 %	61	2,5 %
Quasi-chute	48	2,9 %	34	1,4 %
Diète	21	1,3 %	38	1,5 %
Médicament	479	28,6 %	600	24,4 %
Traitement	81	4,8 %	179	7,3 %
Imagerie	3	0,2 %	18	0,7 %
Laboratoire	55	3,3 %	164	6,7 %
RDM	269	16,1 %	341	13,9 %
Bâtiment	35	2,1 %	62	2,5 %
Effets personnels	7	0,4 %	23	0,9 %
Équipement	91	5,4 %	127	5,2 %
Matériel	155	9,3 %	160	6,5 %
Agression	18	1,1 %	112	4,6 %
Autre	386	23,0 %	539	21,9 %
Grand total	**1 675**	**100 %**	**2 458**	**100 %**

*Données extraites de SISSS: 29 juin 2020

CATÉGORIE G – AUTRES TYPES D'INCIDENTS AU CUSM (indices de gravité A et B)

Indice	2019-2020*		2018-2019	
	#	%	#	%
Accès non autorisé (lieux, équipements, etc.)	0	0,0 %	3	0,6 %
Automutilation	0	0,0 %	1	0,2 %
Autre	225	58,3 %	247	45,8 %
Blessure d'origine connue	0	0,0 %	11	2,0 %
Blessure d'origine inconnue	1	0,3 %	7	1,3 %
Bris de confidentialité	3	0,8 %	1	0,2 %
Décompte chirurgical inexact - omis	15	3,9 %	14	2,6 %
Défaut de port d'équipement/vêtement de protection	2	0,5 %	1	0,2 %
Désorganisation comportementale (avec blessure)	0	0 %	1	0,2 %
Erreur liée au dossier	70	18,1 %	68	12,6 %
Évasion (garde fermée)	1	0,3 %	0	0 %
Événement en lien avec une activité	2	0,5 %	5	0,9 %
Événement relié au transport	21	5,4 %	34	6,3 %
Fugue/disparition (encadrement intensif)	8	2,1 %	19	3,5 %
Intoxication suite à consommation drogue/alcool ou substance dangereuse	1	0,3 %	1	0,2 %
Lié à l'identification	15	3,9 %	60	11,1 %
Lié au consentement	1	0,3 %	10	1,9 %
Lié aux mesures de contrôle (isolement et contentions)	5	1,3 %	24	4,5 %
Plaie de pression	8	2,1 %	24	4,5 %
Tentative de suicide/suicide	3	0,8 %	5	0,9 %
Trouvé en possession d'objets dangereux (arme à feux, arme blanche, etc.)	5	1,3 %	3	0,6 %
Grand total	**386**	**100 %**	**539**	**100 %**

*Données extraites de SISSS: 29 juin 2020

La nature des trois principaux types d'accidents (indices de gravité C à I) mise en évidence au moyen du système local du registre local des incidents et accidents :

TOP TROIS DES CATÉGORIES D'ACCIDENTS AU CUSM (indices de gravité C à I)

2019-2020*	#	%**	2018-2019	#	%**
Autre	1 641	20,2 %	Chute	1 219	17,3 %
Médicament	1 607	19,7 %	Médicament	1 199	17,0 %
Chute	1 420	17,4 %	Autre	898	12,7 %

*Données extraites de SISSS : 29 juin 2020

**Par rapport à l'ensemble des événements

TOUTES CATÉGORIES D'ACCIDENTS AU CUSM (indices de gravité C à I)

Indice	2019-2020*		2018-2019	
	#	%	#	%
Chute	1 330	20,6 %	1 101	24 %
Quasi-chute	90	1,4 %	118	2,6 %
Diète	126	1,9 %	87	1,9 %
Médicament	1 607	24,9 %	1 199	26,1 %
Traitement	687	10,6 %	435	9,5 %
Imagerie	42	0,6 %	46	1 %
Laboratoire	233	3,6 %	129	2,8 %
RDM	5	0,1 %	1	0 %
Bâtiment	24	0,4 %	21	0,5 %
Effets personnels	44	0,7 %	16	0,3 %
Équipement	184	2,8 %	155	3,4 %
Matériel	242	3,7 %	239	5,2 %
Agression	210	3,2 %	149	3,2 %
Autre	1 641	25,4 %	898	19,5 %
Grand total	**6 465**	**100 %**	**4 594**	**100 %**

*Données extraites de SISSS: 29 juin 2020

CATÉGORIE G– AUTRES TYPES D'ACCIDENTS AU CUSM (indices de gravité C à I)

Indice	2019-2020*		2018-2019	
	#	%	#	%
Accès non autorisé (lieux, équipements, etc.)	5	0,3 %	3	0,3 %
Automutilation	6	0,4 %	8	0,9 %
Autre	842	51,3 %	385	42,9 %
Blessure d'origine connue	93	5,7 %	85	9,5 %
Blessure d'origine inconnue	83	5,1 %	71	7,9 %
Bris de confidentialité	0	0 %	0	0 %
Décompte chirurgical inexact–omis	56	3,4 %	30	3,3 %
Défaut de port d'équipement/vêtement de protection	5	0,3 %	1	0,1 %
Désorganisation comportementale (avec blessure)	0	0 %	2	0,2 %
Erreur liée au dossier	94	5,7 %	34	3,8 %
Évasion (garde fermée)	4	0,2 %	0	0 %
Événement en lien avec une activité	14	0,9 %	7	0,8 %
Événement relié au transport	63	3,8 %	40	4,5 %
Fugue/disparition (encadrement intensif)	56	3,4 %	29	3,2 %
Intoxication suite à consommation drogue/alcool ou substance dangereuse	7	0,4 %	2	0,2 %
Lié à l'identification	42	2,6 %	17	1,9 %
Lié au consentement	8	0,5 %	2	0,2 %
Lié aux mesures de contrôle (isolement et contentions)	36	2,2 %	17	1,9 %
Obstruction respiratoire	5	0,3 %	3	0,3 %
Plaie de pression	203	12,4 %	139	15,5 %
Relation sexuelle en milieu d'hébergement	3	0,2 %	2	0,2 %
Tentative de suicide/suicide	12	0,7 %	6	0,7 %
Trouvé en possession d'objets dangereux (arme à feux, arme blanche, etc.)	4	0,2 %	15	1,7 %
Grand total	**1 641**	**100 %**	**898**	**100 %**

*Données extraites de SISSS : 29 juin 2020

Les actions entreprises par le Comité de gestion des risques et les mesures mises en place par l'établissement en lien avec les principaux risques d'incidents/accidents identifiés précédemment.

a) Analyses approfondies :

Le CUSM s'engage à prendre des mesures proactives afin de minimiser et de prévenir les erreurs en tirant des leçons de ces événements. Ce processus rigoureux d'analyses approfondies permet d'identifier les facteurs contributifs à un événement indésirable afin de proposer des recommandations et des plans d'action d'amélioration continue. Ces recommandations sont suivies par le Comité de gestion des risques.

Au cours de l'année 2019-2020, le CUSM a effectué 46 analyses approfondies menant à 167 recommandations qui visent à minimiser les risques de récurrence d'événements indésirables dans une perspective d'amélioration de la qualité des soins et services et de la sécurité des patients.

Voici quelques exemples de recommandations mises en place suite à ces analyses :

CATÉGORIES	EXEMPLES
Initiatives d'optimisation de la sécurité	Revue du système de suivi des résultats de laboratoire Revue du modèle des rapports sommaires de congé en médecine interne Revue des meilleures pratiques pour les pansements post-thoracentèse Utilisation de moniteurs en imagerie par résonance magnétique (IRM) pour les patients non réactifs ou non interactifs Utilisation de l'identification indépendante des patients dans tous les systèmes du Centre du cancer des Cèdres Revue du processus de demande d'examen en imagerie médicale à l'Hôpital de Lachine Examen du processus de garde pour les médecins et les résidents Revue des meilleures pratiques concernant la fréquence d'évaluation des patients admis
Mise à jour et/ou création de politiques et de procédures	Suivi des patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous en psychiatrie d'urgence Protocole de collaboration entre le personnel infirmier, le département de la sécurité et le Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) Accès intraveineux difficile – pédiatrie Soins post anesthésie pédiatrique
Formations	Prévention des chutes Plan thérapeutique infirmier (PTI) et plans de soins individualisés en fonction des besoins spécifiques des patients Code blanc, Code jaune, Code bleu Retrait des lignes artérielles et des lignes centrales Insertion des cathéters intraveineux périphériques et réduction des tentatives Utilisation d'oxygène pendant le transport Décompte chirurgical

b) Chutes

La prévention des chutes ainsi que la réduction des blessures liées aux chutes continuent d'être des priorités pour le CUSM. Étant donné le chevauchement des enjeux entourant la prévention des chutes et la prévention du déclin cognitif et physique des personnes âgées, le dossier de prévention des chutes relève du comité interdisciplinaire à la fois responsable du programme ministériel Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) au CUSM.

Afin d'assurer la sécurité des patients et de satisfaire aux exigences d'Agrément Canada entourant les pratiques organisationnelles requises, le comité interdisciplinaire de prévention des chutes évalue en continu les impacts de son programme par le biais de données organisationnelles. S'appuyant sur les meilleures pratiques et sur les données probantes, le comité assure aussi la mise en œuvre, la révision et l'adaptation de stratégies permettant son amélioration.

Suivi du taux de chutes :

Des rapports trimestriels de données entourant les incidents et accidents – AH-223 sont fournis aux unités. Les taux de chutes des unités sont présentés en comparaison avec le taux de chutes en vigueur dans les missions respectives ainsi qu'avec un taux de référence (benchmark) établi à partir de la littérature scientifique, issu de soins de contextes comparables.

Le tableau 1 présente le taux de chutes au CUSM (adultes et enfants) des quatre dernières années fiscales. Ces statistiques sont présentées par classes de gravité, soit la classe A à I et la classe C à I. Ce taux est calculé selon le ratio du nombre de chutes documentées via AH-223 / le nombre de jours d'hospitalisation x1000.

Il est à noter que, malgré une légère baisse en 2017-2018 et 2018-2019, les taux sont demeurés relativement stables durant ces années.

Année financière (P1-P13)	Taux des chutes (A-I) au CUSM Nb. de chutes/jour présences x 1000	Taux des chutes (C-I) au CUSM Nb. de chutes/jour présences x 1000
2016-17	3,9	3,7
2017-18	3,3	3
2018-19	3,5	3,2
2019-20	3,7	3,6

Tableau 1 : Taux des chutes au CUSM (adultes et enfants)

Évaluation du risque de chutes et mise en place d'interventions individuelles ciblées : Afin d'évaluer le risque de chutes et de mettre en place des interventions ciblées pour les patients identifiés comme étant à risque, le CUSM continue de s'appuyer sur l'utilisation des outils MORSE et TACC (Transfert, Admission, Chute, Changement de l'état). L'utilisation de ces outils fait l'objet d'audits réguliers et les résultats indiquent que 71 % des MORSE et 62 % des TACC sont complétés pendant l'admission comparativement à un objectif de 80 % pendant les premières 48 heures. Les résultats de ces audits sont communiqués aux unités de soins et les gestionnaires sont invités à discuter de ces résultats avec leurs équipes.

Mise en place d'interventions de prévention universelles : Les recherches suggèrent des liens importants entre les chutes et 1) la promotion de la mobilité et 2) la présence de délirium (perturbation cognitive aiguë), complication fréquente liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées. À travers le programme AAPA, des audits des pratiques favorisant la mobilité et la prévention du délirium sont effectués en continu et revus par les équipes pendant des caucus hebdomadaires. Selon les résultats présentés à la station de qualité AAPA, alignés à une approche d'amélioration de la qualité utilisée par le « Institute for Healthcare Improvements », les besoins sont identifiés et des solutions sont proposées et testées dans le but d'améliorer les pratiques en utilisant la méthode PDSA : Plan-Do-Study-Act. Pendant la dernière année fiscale, plus de 4604 audits ont été complétés. Bien que ce programme vise les personnes âgées, l'amélioration des pratiques qui découlent de ces efforts contribue également à prévenir les chutes chez l'ensemble des patients en soutenant des environnements et des pratiques favorables à la prévention des chutes.

Un protocole et une ordonnance pré-imprimée ont aussi été développés pour améliorer la prévention du délirium et la prise en charge des patients avec un délirium.

Étude de rapports du coroner : Les recommandations issues des rapports de coroner sur les chutes ayant mené à des décès dans la province sont étudiées afin d'évaluer le besoin de changement de pratiques. À ce jour, ces réflexions ont entrainé l'évaluation du besoin d'équipement tel que les tapis de chutes et l'introduction d'un projet pilote de caucus post-chute sur une unité où un nombre considérable de patients font des chutes répétitives.

Prévention des blessures liées aux chutes : Déploiement entamé de l'outil post-chute. Les documents relatifs à la réduction des risques post-chute ont été pilotés et sont utilisés à l'Hôpital de Lachine. Le protocole post-chute est en cours de révision alors que la grille de surveillance post-chute a commencé à être implantée sur certaines unités. L'objectif visé est l'implantation de ces outils sur l'ensemble des sites du CUSM.

Soutien aux unités ciblées : En collaboration avec un représentant de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE), les co-présidentes du comité de prévention des chutes continuent de soutenir le personnel des unités qui présentent des problématiques spécifiques ou des taux de chute au-delà de leur taux de référence. Les discussions avec le personnel portent sur les facteurs contributifs aux chutes sur leurs unités, les stratégies mises en place afin de réduire le risque de chutes et la manière dont d'autres outils/stratégies disponibles au CUSM pourraient être implantés.

Communication et partenariat avec les patients et leurs proches : Afin de se conformer aux exigences d'Agrément Canada et d'optimiser le partenariat avec les familles, des efforts continuent d'être déployés dans le but de communiquer aux patients le risque de chute et le plan de prévention mis en place. L'utilisation des tableaux blancs au chevet des patients vise entre autres à améliorer la communication entre les intervenants ainsi qu'avec les patients et les familles. Ce tableau inclut une section sur la prévention des chutes et le besoin d'assistance à la mobilisation.

Un projet pilote financé par le MSSS est en cours de réalisation sur quatre unités. Ce projet consiste à agir sur la sécurité (prévention des chutes et du délirium) et l'expérience de soins des patients âgés en misant sur l'amélioration de la culture et des pratiques de partenariat de soins.

INDICATEUR	RÉSULTAT AU 31 MARS 2018	ENGAGEMENT 2018-2019	RÉSULTAT AU 31 MARS 2019	ENGAGEMENT 2019-2020
Soutien à l'autonomie des personnes âgées				
1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'Approche adaptée à la personne âgée	100	100	100	100
1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'Approche adaptée à la personne âgée	33,3	66,6	66,7	100

Les engagements sont atteints. L'implantation du programme AAPA dans l'ensemble des installations visées par le programme, soit l'Hôpital général de Montréal (HGM), l'Hôpital Royal Victoria (HRV) du site Glen et l'Hôpital de Lachine est réalisée. En outre, la clientèle de l'Hôpital neurologique de Montréal (HNM) a été visée pour l'implantation d'AAPA et les gestionnaires de l'HNM étaient très motivés à déployer le programme. Cependant, ce processus a dû être retardé à cause de la pandémie COVID-19. L'implantation d'AAPA à l'HNM sera donc l'objectif principal pour la prochaine année fiscale.

Les stratégies déployées pour implanter l'Approche adaptée à la personne âgée au CUSM se poursuivent. Elles se traduisent notamment par l'implantation d'un processus d'amélioration continue qui s'appuie sur un programme d'audits et de rétroaction des résultats auprès des équipes de soins, de la formation continue, du développement d'outils de prévention et de gestion du délirium.

c) Médicaments

Le CUSM continue de surveiller tous les volets reliés à l'amélioration de la sécurité des patients liée aux médicaments (de l'achat, à la préparation, la rédaction de l'ordonnance, jusqu'à l'administration et la surveillance) :

Pratiques organisationnelles requises (POR) :

- la mise en place et la surveillance de la conformité aux pratiques organisationnelles requises en lien avec le médicament ;
- le CUSM est conforme à 100 % pour la POR sur la normalisation et l'accessibilité des électrolytes concentrés sur les unités de soins, la disponibilité et les formats de dose de l'héparine et des narcotiques.
- Bilan comparatif des médicaments (BCM) :
  - le CUSM continue le déploiement de ses initiatives liées à cette POR ;
  - le processus de BCM est instauré en hémodialyse, en cliniques externes d'oncologie et est en cours de développement sur d'autres unités telles la médecine interne, l'unité de transplantation, aux soins intensifs, en cardiologie, en gériatrie et à la clinique de maladie virale chronique.

Prescription électronique :

- le CUSM visait le déploiement, au mois de mars 2016, d'un module de prescription électronique d'OACIS, le dossier clinique informatisé du CUSM. Ce projet a été suspendu, compte tenu de l'impact potentiel de la migration d'OACIS vers un système harmonisé provincial annoncée par le MSSS. Une nouvelle orientation est maintenant attendue du ministère.

Logiciel d'aide à la décision :

- le programme Vigilance est en utilisation. Ce logiciel permet (dans le profil médicamenteux du patient) une évaluation des interactions médicamenteuses et de leur gravité. Il prévient également le clinicien lors de possibles duplications thérapeutiques et signale les doses qui diffèrent des valeurs recommandées.

Chariots de médicaments :

- le CUSM a mis en place un système de distribution unidose sur tous ses sites. Ce système, reconnu comme le plus sécuritaire, permet un suivi étroit de l'utilisation des médicaments sur les unités de soins.

Code à barres :

- le CUSM est présentement doté d'un système de code à barres pour la sélection des médicaments et le remplissage des cabinets de pharmacie.

Réduction des interruptions :

- le projet Lean organisationnel intitulé « Transformation des soins au chevet » a permis de réduire les interruptions sur diverses unités de soins lors de la préparation des médicaments, en créant des zones « sans bruit » avec des enseignes apposées près des chariots de médicaments, indiquant « ne pas déranger » et ce, dans les zones délimitées par des rubans colorés au sol.
- l'environnement ergonomique du nouvel hôpital (site Glen) contribue à la réduction des interruptions et des distractions auxquelles le personnel peut être exposé.

Revue des incidents et accidents (I/A) reliés à la gestion des médicaments :

- l'analyse des données statistiques des I/A liés aux médicaments est effectuée sur une base trimestrielle (missions, unités de soins, comité de gestion des risques, comité de sécurité des patients et comité de la sécurité des médicaments).

Le comité sur la sécurité des médicaments s'assure de la révision :

- des protocoles et des meilleures pratiques relatives à l'administration des médicaments ;
- des événements sentinelles portés à leur attention ;
- du guide d'utilisation en lien avec les médicaments ;
- des déclarations d'effets indésirables graves (Loi de Vanessa).

d) Pratiques collaboratives impliquant l'usager

- Programme Participatient

  Le CUSM s'est engagé dans le déploiement d'un programme organisationnel visant à déployer une approche intégrée du partenariat avec les patients et leurs proches dans l'ensemble du CUSM. Avec le soutien du Bureau d'expertise en expérience patient et programme partenariat patient de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, différentes initiatives ont été implantées. Ces initiatives ont permis de renforcer le partenariat entre les patients et les équipes cliniques dans les soins directs, ainsi que de soutenir une amélioration de la qualité et une gouvernance d'établissement orientées avant tout sur les besoins des patients. Par exemple, des patients partenaires sont impliqués dans les travaux entourant la prévention des chutes et l'administration des médicaments à travers le déploiement de l'Approche adaptée à la personne âgée à l'ensemble de l'organisation. Le Programme coordonne aussi des projets de mesure de l'expérience du patient.

- Programme de rétablissement et de transition (PRT) :

  Ce programme vise à améliorer l'expérience du patient, à faire la promotion du rétablissement à long terme en réduisant le nombre de rechutes et de réadmissions, et à améliorer la qualité de vie. L'équipe du PRT va également former une cohorte de patients qui ont fait l'expérience de la maladie mentale, afin qu'ils deviennent des « pairs mentors agréés » ; ces personnes vont être en mesure d'apporter un soutien axé sur le rétablissement, d'animer des ateliers et de proposer des outils d'autogestion.

  Pour l'année 2019-2020, en plus des références de patients pour le mentorat par les pairs ainsi que les ateliers et les groupes de soutien mis en place, le PRT rayonnait par l'éventail de services de mieux en mieux adaptés aux besoins grandissants de sa clientèle et au contexte actuel de la pandémie :

Visée d'amélioration continue 2020-2021 :

Optimisation du soutien et de la supervision clinique par les professionnels du service de traitement des dépendances » **Actualisation des références de patients pour le mentorat par les pairs, les ateliers et les groupes de soutien**

- La participation des patients et de leurs proches dans l'Approche adaptée à la personne âgée (PPP-AAPA)

  Ce projet vise à favoriser l'intégration des choix, des besoins, des valeurs et du savoir expérientiel des patients et de leurs proches dans les soins, la prise de décisions, l'expérience d'hospitalisation et la gestion intégrée des risques. Il vise également à soutenir le développement d'une relation de partenariat entre les intervenants, les patients et leurs proches ainsi qu'à favoriser l'autonomie des patients et l'autogestion. Ces objectifs permettront d'atteindre des objectifs de plus grandes envergures tels :

  - La promotion d'une culture de partenariat dans l'organisation des soins et services et d'un partenariat de soins optimal ;
  - L'amélioration de la qualité, la pertinence et la sécurité des soins et des services ;
  - L'amélioration de l'expérience de soins et de services des usagers et de leurs proches ;
  - L'amélioration de l'expérience au travail des intervenants.

LA SURVEILLANCE, LA PRÉVENTION ET LE CONTRÔLE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Les principaux objectifs de l'an dernier étaient de diminuer les taux d'infections du site chirurgical (ISS), de réduire les bactériémies primaires associées aux procédures et enfin, de contrôler la transmission nosocomiale de l'Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) et du C. difficile. D'autres objectifs visaient la réduction des pneumonies associées aux ventilateurs (PAV), la prévention de l'apparition d'entérobactériacés producteurs de carbapémases (ECP – anciennement KPC) et la poursuite du contrôle de la transmission du SARM. En ce qui concerne les objectifs autour des processus de prévention, le principal objectif était d'améliorer la communication et l'éducation sur les pratiques de routine et les mesures de base de lutte contre les infections, telles le respect de l'hygiène des mains et le nettoyage et la désinfection de l'équipement/de l'environnement. Un programme d'audit complet des mesures de lutte contre les infections a été mis en place par une équipe multidisciplinaire composée des secteurs du contrôle des infections, de la qualité, d'hygiène et salubrité, des services multidisciplinaires et des soins infirmiers.

Le programme « Contrôle spécifique des infections – stratégies de succès » (CSISS) déployé maintenant à 67 % au CUSM a remporté une mention d'honneur dans la catégorie « Sécurité des soins et des services » dans le cadre des Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux le 31 mai 2019. Ce programme vise à implanter les pratiques de prévention optimales et sécuritaires auprès du personnel de soins et à sensibiliser et impliquer davantage le personnel tant dans l'identification de solutions que dans l'implantation d'opportunités d'amélioration soutenues par les données du programme d'audits.

L'ensemble des mesures de prévention instaurées se fait ressentir par la conformité du personnel à l'hygiène des mains avec un résultat de 75,5 % (versus 73,3 % l'an dernier). Les audits en continu et le partage d'information exigent un engagement et un suivi de la part des responsables des départements et des chefs de service. Malheureusement, des lacunes continuent d'être observées dans l'application des pratiques de routine, notamment en ce qui concerne l'utilisation de gants en dehors des zones identifiées « précautions de contact ». Le nettoyage et la désinfection sont souvent contrôlés en deça de notre objectif de 80 % pour le nettoyage de routine, mais mieux et près de 95 % pour les nettoyages au moment du congé. Cependant, le nettoyage de routine s'est amélioré de manière significative, grâce à l'ajout de ressources dédiées sur certaines unités, ce qui a permis de réduire la transmission des ERV sur ces unités.

La surveillance des infections du site opératoire (ISO) pour les patients hospitalisés s'est poursuivie dans tous les services chirurgicaux. Un meilleur contrôle du glucose péri opératoire sera la clé de la diminution des ISO en chirurgie cardio-vasculaire. Chaque chirurgien a reçu un rapport des taux d'infection individuel par type de chirurgie avec des points de référence internes et externes pour comparaison. Une nouvelle intervention avec une rétroaction immédiate sur les cas de prophylaxie inadéquate sera poursuivie.

L'ERV continue de représenter le plus grand nombre de foyers d'infections (n=17, 46 % de l'ensemble des foyers). Les audits concomitants montrent systématiquement un nettoyage et une désinfection de routine inadéquats. La différence frappante entre les sites du CUSM confirme la nécessité de continuer à réviser les affections actuelles du nettoyage de routine des articles de soins et la nécessité d'effectuer des audits et une supervision continue de ces tâches.

La tendance à la baisse des infections liées à la bactérie C. difficile est observée dans tout le Québec. Nous croyons qu'elle est liée à la diminution de la souche épidémique NAP1 et à l'application de notre plan d'action de lutte contre l'infection. La gestion des antibiotiques a également repris activement au CUSM, avec des audits réguliers de l'utilisation appropriée des antibiotiques dans les unités ciblées. Enfin, l'utilisation de la technologie du peroxyde d'hydrogène pour la désinfection des chambres des patients atteints d'ERV/C. difficile et la désinfection régulière des équipements mobiles a été lentement mise en œuvre sur des unités ciblées. Il est fortement recommandé de l'utiliser systématiquement pour l'année prochaine.

La pneumonie associée au ventilateur (PAV) comptabilise 38 % des pneumonies acquises au CUSM. La réduction de la PAV était l'un de nos objectifs cette année. Néanmoins, les taux semblent être constants malgré les efforts déployés dans nos deux unités de soins intensifs pour appliquer les ensembles de mesures de PAV. La seule mesure non appliquée est l'utilisation de tube endotrachéal avec aspiration sous-glottique en continu pour prévenir la PAV. Nous suggérons d'essayer cette technologie.

Pour l'année à venir, nous travaillerons à améliorer les taux d'infections nosocomiales pour certaines catégories telles les pneumonies associées au ventilateur, les bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse, en implantant des ensembles de pratiques cliniques exemplaires. En outre, nous continuerons le déploiement du programme CSISS dans les unités et travaillerons à améliorer nos résultats pour les nettoyages de routine et d'équipement.

Finalement, la préparation à la COVID a mobilisé tous nos efforts en cette fin d'année fiscale alors que nous avons hospitalisé notre premier cas au début mars. Notre expérience avec le H1N1, le C. difficile, la préparation de EBOLA ainsi que notre vigilance annuelle ont grandement contribué à bien nous préparer pour la suite des évènements. En particulier le leadership administratif a été d'un grand soutien à cette préparation.

LES PRINCIPAUX CONSTATS TIRÉS DE L'ÉVALUATION ANNUELLE DE L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE DES USAGERS (ART 118.1 DE LA LSSSS)

L'année 2019-2020 présente à nouveau une baisse dans l'utilisation des contentions physiques avec une prévalence à 3,79 % (5,32 % en 2018-2019, moyenne de 6,45 % entre 2011 et 2020). Ce résultat représente des audits ciblés dans quelques unités de soins du CUSM (n=82).

Des formations en présentiel ont été réalisées auprès des nouvelles infirmières embauchées dans les unités à haut risque dont l'urgence (n=52) et dans certaines unités hébergeant une clientèle à risque (n=22). Certaines infirmières ont aussi fait une mise à jour de leurs connaissances, à partir du module d'apprentissage en ligne (n=36).

Des formations de code blanc (gestion des personnes agitées ou violentes) ont été faites en présentiel auprès de 177 infirmières, de 94 préposés aux bénéficiaires et de 110 agents de sécurité. De plus, des simulations de code blanc ont été réalisées dans la majorité des unités de soins par la coordonnatrice du protocole du code blanc.

En outre, durant l'année 2019-2020, l'accent a été mis sur plusieurs formations sur les mesures alternatives aux mesures de contrôle. Des formations et des discussions sur la prévention des chutes, la gestion des usagers présentant un comportement agressif ainsi que les mesures préventives à mettre en place pour prévenir un code jaune (errance et fugue) ont eu lieu dans plusieurs unités du CUSM auprès des infirmières soignantes, des infirmières gestionnaires et de leurs assistantes.

Finalement, une nouvelle ordonnance pré-imprimée a été créée afin d'encadrer la prescription de contention chimique (médicaments) des patients agités dans les unités d'urgence et celle-ci est en voie d'être adaptée pour les unités de soins régulières.

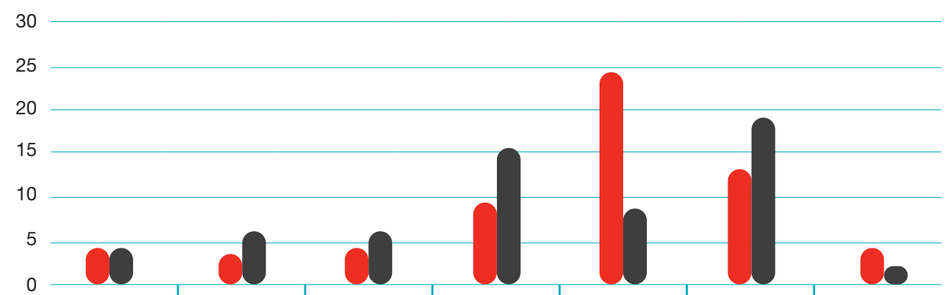
La direction des soins infirmiers du CUSM entend poursuivre ses efforts dans la mise en place de formations sur les mesures de contrôle / code blanc, sur l'évaluation et la mise en place de stratégies alternatives / préventives aux mesures de contrôle ainsi que sur la réalisation d'audits afin d'évaluer l'application sécuritaire du protocole des mesures de contrôle.

COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Le Bureau de la commissaire aux plaintes et à la qualité (ombudsman) du CUSM a pour mission d'aider les patients et leur famille, en faisant une enquête et en participant au traitement des plaintes ou des manifestations d'insatisfaction.

- Thématiques abordées par les recommandations :

  Le graphique suivant illustre la répartition des mesures systémiques et individuelles selon la catégorie ou le motif de plainte. Au total, 123 mesures ont été mises en œuvre en 2019-2020 : 61 étaient systémiques et 62 étaient individuelles.



	Accès	Finance	Droits	Organisation	Relation	Soins / Services	Maltraitance
Systémique	4	3	4	9	25	13	4
Individuelle	4	6	6	16	8	19	2

- Exemples de mesures mises en place pour donner suite aux recommandations :
  - Encadrement du personnel : certains employés ont suivi des cours de service à la clientèle en réponse à des plaintes concernant leur approche avec la clientèle ;
  - Révision de protocole clinique ou administratif : amélioration des communications interdépartementales ;
  - Ajustement technique comme, par exemple, installation de portes automatiques, cloches d'appel adaptées aux besoins de la clientèle, barrière de sécurité érigée près d'un débarcadère ;
  - Rappel au personnel de l'obligation de s'identifier ;
  - Amélioration du transport d'échantillons au Département clinique de médecine de laboratoire du CUSM.
  - Plusieurs rappels ont été faits afin d'améliorer la documentation aux dossiers.

Parfois, des démarches d'amélioration sont mises en place par le service ou département par la seule transmission d'une plainte. Ainsi, la plainte devient l'occasion d'améliorer les services, l'attitude, ou l'accès, à travers de petits gestes, sans échéancier formel et sans fanfare. Ces améliorations sont notées dans notre système électronique de gestion de dossiers. Nous avons recensé ces démarches d'amélioration dans 129 cas de plaintes et d'assistance.

PROTECTEUR DU CITOYEN

En 2019-2020, seize (16) nouveaux cas ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen par des plaignants insatisfaits du traitement de leur plainte ou des conclusions rendues par la commissaire. Dans sept (7) de ces cas, le Protecteur du citoyen a confirmé les conclusions que la commissaire avait tirées et a rejeté le dossier. Dans quatre (4) cas, des recommandations ont été formulées et mises en application par le CUSM. Cependant, dans le dernier dossier rapporté ci-dessous (dossier nº 4), certaines recommandations sont dirigées conjointement au CUSM et au MSSS. Le bureau de la commissaire est en attente de conclusions dans deux (2) dossiers qui sont toujours au niveau du Protecteur.

- Recommandations du Protecteur du citoyen reçues en 2019-2020 :

  Dossier nº 1

  R1. S'assurer que les agents de sécurité achèvent les rapports de code blanc dans le système informatique Report Perfect.

  R2. S'assurer que le personnel infirmier de l'unité utilise et documente adéquatement le recours aux mesures de contrôle (mesures alternatives, notes au dossier, formulaire de surveillance et formulaire AH-223) et qu'il effectue des audits de qualité à cet égard.

  R3. S'assurer que le port de culottes d'incontinence lors de mise sous contention soit cessé.

  Dossier nº 2

  R1. Commencer immédiatement à utiliser une grille d'observation du comportement conforme aux outils d'observation ou d'évaluation recommandés par le MSSS pour traiter les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

  R2. Analyser les informations recueillies à partir des grilles d'observation et d'évaluation du comportement afin d'adapter le plan de traitement et l'approche au résident concerné.

Dossier nº 3

R1. S'assurer que le personnel infirmier de l'unité consigne aux dossiers des usagers toutes les informations prévues au protocole du code blanc, notamment la surveillance, les risques de lésion, le retrait des mesures de contrôle et les injections effectuées.

R2. Prendre les moyens nécessaires afin que les médicaments d'action à longue durée ne soient plus utilisés à titre de mesure de contrôle sur cette unité.

R3. Rappeler aux infirmières de l'unité qui font la liaison avec les autres centres hospitaliers de prendre des moyens nécessaires afin d'assurer l'arrimage avec ces derniers, notamment dans le cadre de suivis externes.

Dossier nº 4

Recommandation au Centre universitaire de santé McGill :

R1. Réviser les ententes avec les établissements partenaires afin d'améliorer le délai de prise en charge par les services de soutien à domicile et d'hébergement.

Recommandations au ministère de la Santé et des Services sociaux et au Centre universitaire de santé McGill :

R2. Réviser les quotes-parts ambulancières avec l'ensemble des partenaires concernés.

R3. Prendre les mesures nécessaires afin que les urgentologues du CUSM aient accès aux accueils cliniques des territoires limitrophes afin d'y rediriger les patients, lorsque possible.

R4. Prendre les mesures nécessaires afin de créer des corridors de services pour l'admission d'usagers qui ne nécessitent pas l'expertise offerte par le CUSM.

Recommandation au ministère de la Santé et des Services sociaux:

R5. Analyser les demandes de l'établissement concernant les sujets suivants :

- l'hôpital de jour en oncologie ;
- les services de physiothérapie, d'ergothérapie et de liaison;
- l'unité de débordement en médecine ;
- le nombre de lits aux soins intensifs.

- Suite de ces recommandations :

  Les recommandations aux dossiers 1, 2 et 3 ont toutes été acceptées par le CUSM et mises en place et le Protecteur s'est déclaré satisfait des mesures appliquées.

  Les recommandations au dossier 4 devaient être complétées en mars 2020, mais en raison de la pandémie de la COVID-19, le bureau du Protecteur du citoyen a accordé un délai au CUSM et au MSSS. Notons cependant que le CUSM a accepté les recommandations et a l'intention de les mettre en place.

CORONER

Au cours de l'année 2019-2020, le coroner a émis une recommandation à la suite d'un évènement survenu au CUSM. Compte tenu d'une préoccupation soulevée concernant l'utilisation d'un Dobhoff versus une gastrostomie endoscopique percutanée (GEP), le coroner recommandait à l'Hôpital général de Montréal de procéder à l'analyse des décisions médicales prises et de mettre en place des mesures appropriées en vue d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients en pareilles circonstances. À la suite de cette recommandation, le comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique (MDPEC) du CUSM a procédé à une analyse approfondie du dossier et des décisions médicales prises durant l'hospitalisation du patient.

Cette analyse a permis d'identifier les points suivants :

- Le mauvais placement d'une sonde d'alimentation dans l'arbre trachéobronchique avec un pneumothorax ultérieur est un risque inhérent à la procédure ;
- Ce risque est plus élevé chez les patients dont l'état mental est altéré, le niveau de conscience diminué ou ayant une intubation endotrachéale.

Plusieurs méthodes ou stratégies pour atténuer le risque procédural ont été discutées. Un nouveau protocole clinique nommé « Insertion aveugle d'un tube nasoentérique chez un patient adulte » a été élaboré et est présentement appliqué par les infirmières des soins intensifs au CUSM. Une discussion se poursuivra avec le personnel des soins infirmiers pour l'application de ce protocole sur les autres unités de soins par ces professionnels plutôt que par des résidents juniors.

AUTRES INSTANCES

Il n'y a eu aucune autre recommandation adressée à l'établissement de la part d'autres instances au cours de la dernière année.

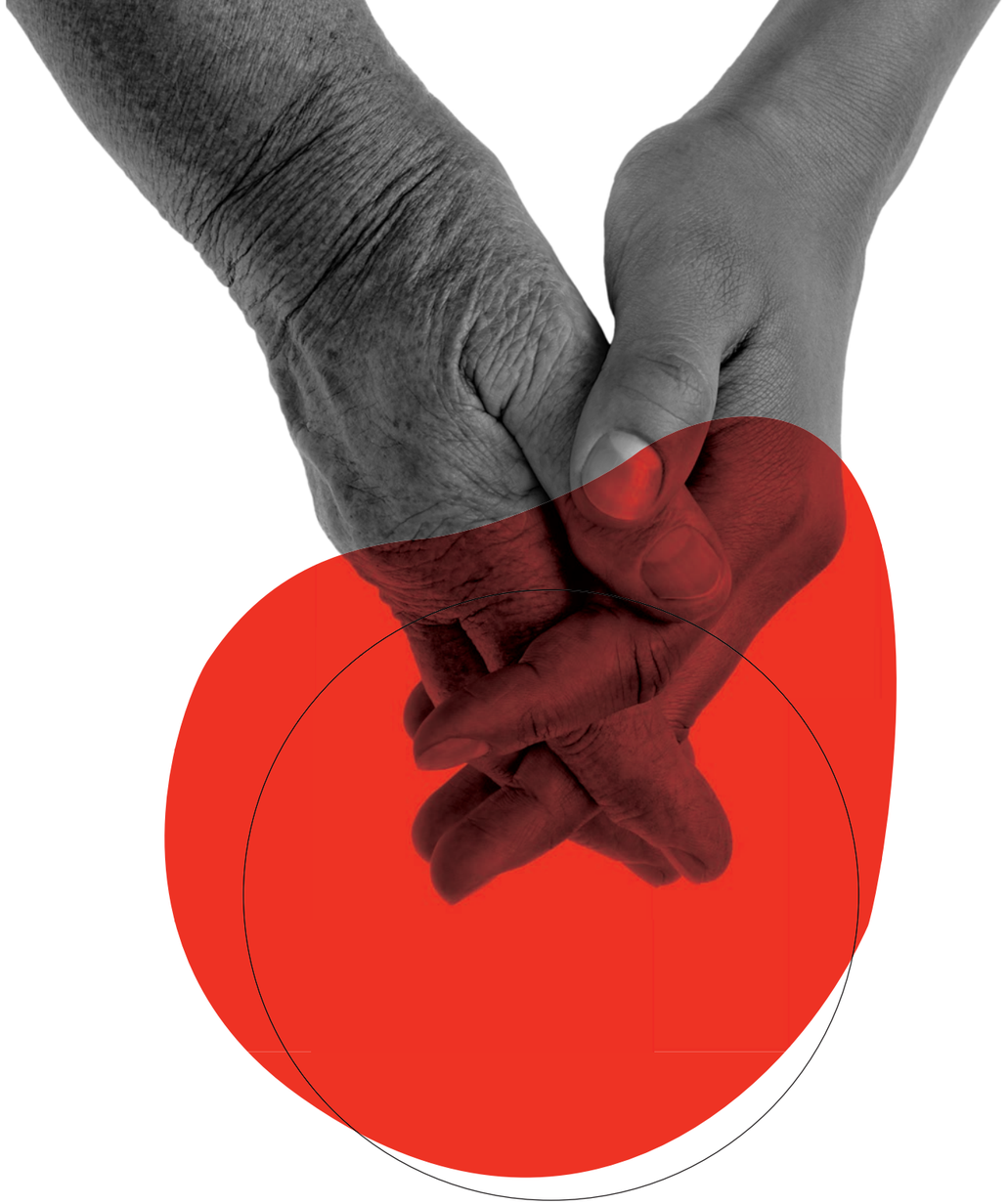
Les personnes mises sous garde dans une installation maintenue par un établissement

	Mission CH	Total Missions
Nombre de mises sous garde préventive appliquées	233	233
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations	233	233
Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées	232	232
Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civil présentées au tribunal par l'établissement	216	216
Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée)	210	210

L'examen des plaintes et la promotion des droits

Les usagers et toute autre personne intéressée peuvent contacter le bureau central soit par téléphone, courriel ou courrier pour en obtenir une copie papier. Voici les coordonnées du bureau :

Commissaire local aux plaintes/Ombudsman
Centre universitaire de santé McGill – CUSM
Hôpital général de Montréal
1650, av. Cedar, Suite E6-164
Montréal, Québec H3G 1A4
Tél. : 514-934-8306
Fax : 514-934-8200
Courriel : ombudsman@muhc.mcgill.ca



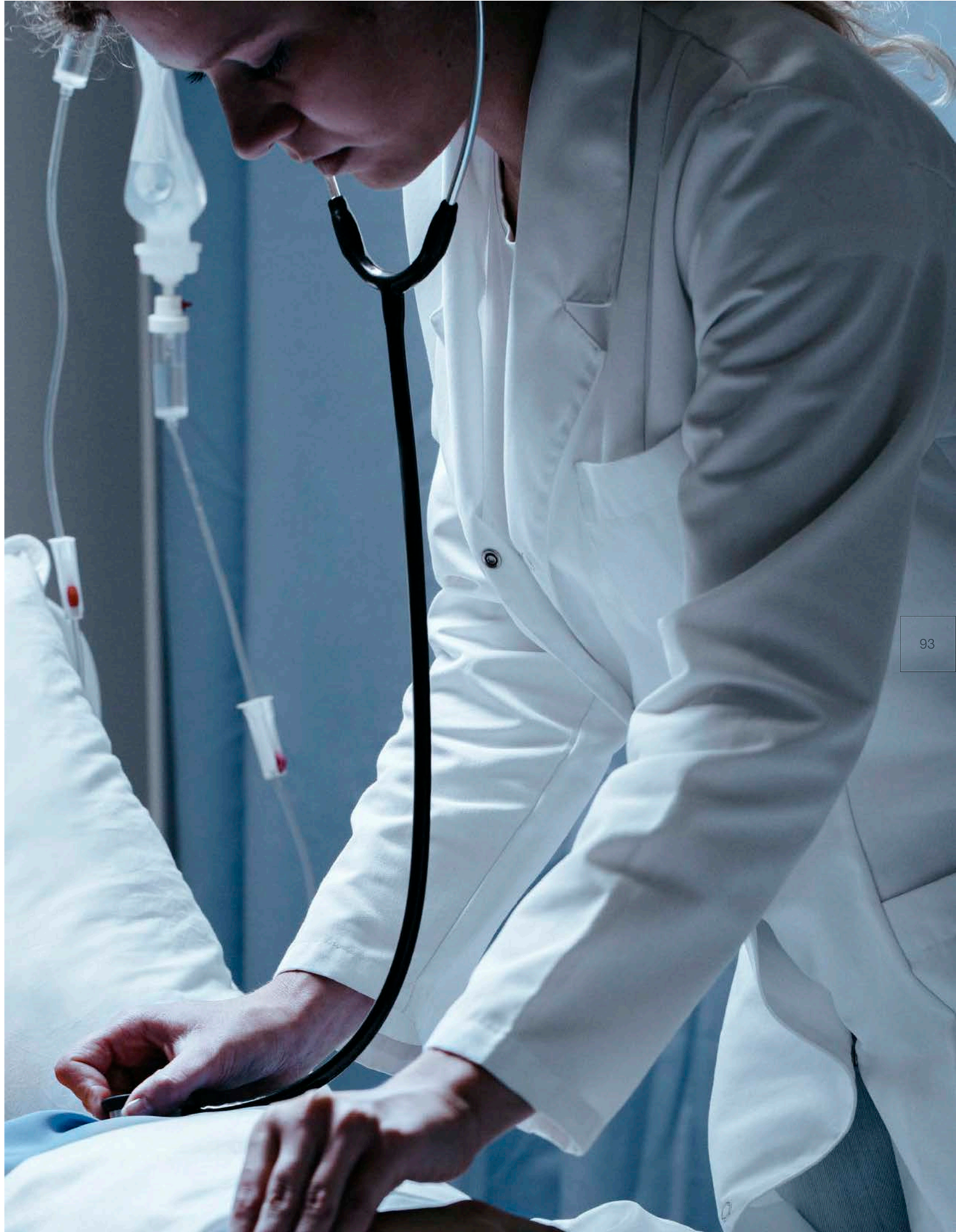
L’application de **la politique portant sur les soins de fin de vie**

Chaque année, le président-directeur général doit faire un rapport au conseil d’administration sur l’application de la politique de l’établissement portant sur les soins de fin de vie. Le rapport est ensuite transmis à la Commission sur les soins de fin de vie (art. 73). Ce qui suit est un résumé de ce rapport.

RAPPORT DU DIRECTEUR GÉNÉRAL AU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET À LA COMMISSION SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

(Loi concernant les soins de fin de vie, chapitre III, art. 8)

ACTIVITÉ	INFORMATION DEMANDÉE	10 DÉC. 2018 – 31 MARS 2019	1ER AVRIL 2019 – 31 MARS 2020
SOINS PALLIATIFS ET FIN DE VIE	Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs	**234**	**745**
SÉDATION PALLIATIVE CONTINUE	Nombre de sédations palliatives continues administrées	**1**	**20**
AIDE MÉDICALE À MOURIR	Nombre d'aides médicales à mourir formulées	**15**	**55**
	Nombre d'aides médicales à mourir administrées	**13**	**30**
	Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs	**2**	**25**
	• Motifs d'aide médicale non administrée		
	· La personne est décédée en cours de processus	–	7
	· La personne a changé d'avis	–	8
	· Autres raisons	1	1
	• Motifs d'aide médicale non acceptée :		
	· La personne a perdu sa lucidité	1	5
	· La mort naturelle n'est pas imminente dans le futur proche	–	1
	· La personne a retiré sa demande avant l'évaluation	–	1
	· Le cas de la personne a été dirigé vers la communauté	–	2



Les ressources humaines

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

12599213–CUSM	NOMBRE D'EMPLOIS AU 31 MARS 2019	NOMBRE D'ETC EN 2018-2019
12599213–CUSM		
1–Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	3,595	2,849
2–Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	2,304	1,830
3–Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	2,138	1,788
4–Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	2,008	1,703
5–Personnel non visé par la loi 30	128	107
6–Personnel d'encadrement	325	321
Total	**10,498**	**8,598**

Nombre d'emplois = Nombre d'emplois occupés dans le réseau au 31 mars de l'année concernée et ayant au moins une heure, rémunérée ou non, dans les trois mois suivant la fin de l'année financière. Les personnes qui, au 31 mars, occupent un emploi dans plus d'un établissement sont comptabilisées pour chacun de ces emplois.

Nombre d'équivalents temps complet (ETC) = L'équivalent temps complet permet d'estimer le nombre de personnes qui aurait été nécessaire pour effectuer la même charge de travail, à l'exclusion des heures supplémentaires payées, si tous avaient travaillé à temps complet. C'est le rapport entre le nombre d'heures rémunérées, ce qui inclut les jours de vacances, les jours fériés et autres congés rémunérés, ainsi que les heures supplémentaires prises en congé compensé, et le nombre d'heures du poste pour une année, lequel tient compte du nombre de jours ouvrables dans l'année.

12599213–CUSM	COMPARAISON SUR 364 JOURS POUR AVRIL À MARS 2019-03-31 AU 2020-03-28		
SOUS-CATÉGORIE D'EMPLOI DÉTERMINÉE PAR LE SCT	HEURES TRAVAILLÉES	HEURES SUPPLÉM.	TOTAL HEURES RÉMUNÉRÉES
12599213–CUSM			
1–Personnel d'encadrement	587,002	6,145	593,147
2–Personnel professionnel	1,515,191	13,762	1,528,953
3–Personnel infirmier	5,031,412	192,019	5,223,432
4–Personnel de bureau, technicien et assimilé	7,584,105	224,305	7,808,410
5–Ouvriers, personnel d'entretien et de service	1,487,797	51,825	1,539,622
6–Étudiants et stagiaires	20,705	40	20,745
Total 2019-2020	**16,226,213**	**488,097**	**16,714,309**
Total 2018-2019			**16,364,718**

Cible 2019-2020	**16,606,723**
Écart	**107,586**
Écart en %	**0.6%**

COMMENTAIRES

La cible des heures rémunérées pour 2019-2020 est de 16 606 723.

L'écart à la cible pour le CUSM est de 107 586 heures.

La cible n'a pas donc été atteinte. Nous la dépassons de 0,06%. À titre indicatif, en 2018-2019, la cible avait été dépassée de 0,7 %.

Le dépassement de la cible s'explique surtout par la pandémie de la COVID-19. En fait, du 16 février 2020 au 28 mars 2020, nous avons connu une hausse de 45 410 heures rémunérées, par rapport à la même période en 2018-2019. Cela correspond à une augmentation de 42,2 % de l'écart de la cible annuelle pour 2019-2020.

Les ressources **financières**

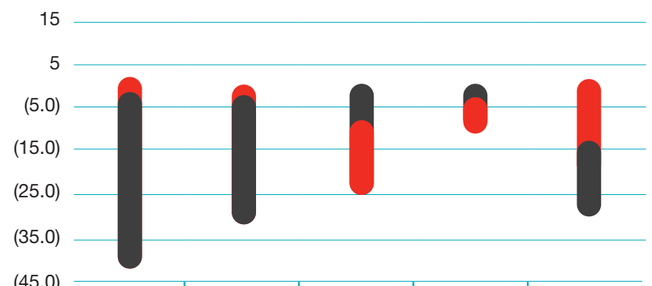
UTILISATION DES RESSOURCES BUDGÉTAIRES ET FINANCIÈRES PAR PROGRAMME

Programmes	Exercice précédent		Exercice courant		Variations des dépenses	
	Dépenses	%	Dépenses	%	$	%
Programmes-services						
Santé publique	320 126	0,03	276 202	0,02	(43 924)	(13,72)
Services généraux – activités cliniques et d'aide	2 971 800	0,29	2 955 243	0,27	(16 557)	(0,56)
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	11 272 441	1,08	12 606 542	1,13	1 334 101	11,50
Déficience physique	-	-	-	-	-	-
Déficience intellectuelle et TSA	-	-	-	-	-	-
Jeunes en difficulté	-	-	-	-	-	-
Dépendances	335 947	0,03	365 861	0,03	29 914	8,59
Santé mentale	18 589 545	1,79	19 664 919	1,77	1 075 374	5,61
Santé physique	759 863 879	73,03	822 473 860	73,95	62 609 981	7,88
Programmes soutien						
Administration	83 872 756	8,06	81 660 150	7,35	(2 212 606)	(2,87)
Soutien aux services	64 633 592	6,21	67 097 719	6,04	2 464 127	3,52
Gestion des bâtiments et des équipements	98 648 981	9,48	104 822 063	9,43	6 173 082	5,97
Total	**1 040 509 067**	**100,00**	**1 111 922 559**	**100,00**	**71 413 492**	**6,53**

L'équilibre **budgétaire**

Selon les résultats de la page 200 du rapport financier pour l'exercice clos le 31 mars 2020, le CUSM n'a pas été en mesure de maintenir l'équilibre budgétaire. Le rapport financier présente un déficit global de 2,8 M$, soit un déficit de 18,4 M$ pour le fonds d'exploitation et un surplus de 15,6 M$ pour le fonds d'immobilisations.

Évolution des résultats financiers (en millions $)



	15-16	16-17	17-18	18-19	19-20
Total	**(40,4)**	**(23,4)**	**(25,5)**	**(11,5)**	**(2,8)**
Immo.	1,6	(0,3)	(17,1)	(8,5)	15,6
Exploit.	(42,0)	(23,1)	(8,4)	(3,0)	(18,4)

Le déficit au fonds d'exploitation est dû principalement aux éléments suivants :

- Enjeux salariaux tels que les heures supplémentaires, causées entre autres par le manque de personnel et l'assurance salaire ;
- Pression sur les salles d'urgence créant des situations de surachalandage, causées entre autres par le manque de lits ;
- Fournitures dispendieuses pour les cas complexes au bloc opératoire et en cardiologie ;
- Retards de mise en place des mesures d'optimisation en santé physique et en approvisionnement.

Le surplus au fonds d'immobilisation est attribuable principalement au règlement du dossier relatif à la dette obligataire du stationnement du site Glen.

Les contrats de services

La Direction de l'approvisionnement et de la logistique (DAL) voit à l'ensemble des activités de la chaîne d'approvisionnement du CUSM. Les membres des différentes équipes de la direction s'assurent que les produits requis soient au bon endroit, au bon moment. Ils soutiennent l'ensemble du personnel afin que les services rendus le soient par des entreprises et des spécialistes répondant aux hauts standards établis dans l'intérêt de nos patients. Toutes ces activités doivent être exécutées avec rigueur et dans le respect de lois et de règlements de plus en plus exigeants.

En soutien aux intervenants cliniques et aux médecins du CUSM, l'équipe des contrats de la DAL aura émis au cours de l'année 180 nouveaux contrats dont 125 sont pour une valeur supérieure à 25 000$, le tout pour une valeur totale de près de 107 M$. Bien que la majorité de ces ententes portent sur des équipements et des fournitures, la proportion de ces contrats applicables à des contrats de services est importante. En effet, cette catégorie représente cette année 50% des contrats en quantité (63 des 125 ayant une valeur de plus de 25 000$) pour un montant de 63,5M$ soit 59 % de la valeur.

Le tableau ci-dessous montre les détails de ces activités de la DAL :

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique (1)	5	283 880 $
Contrat de services avec un contractant autre qu'une personne physique (2)	58	63 264 613 $
Total des contrats de services	63	63 548 493 $

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.

Pour plus d'information sur les ressources financières, le lecteur peut consulter les états financiers inclus dans le rapport financier annuel AS-471, publié sur le site web du CUSM.

L’état du **suivi des réserves**

COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L’AUDITEUR INDÉPENDANT

Signification des codes :
Colonne 3 « Nature » :
R : Réserve O : Observation C : Commentaire
Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :
R : Réglé PR : Partiellement Réglé NR : Non Réglé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L’AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année 20XX-XX**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2020**		
1	2	3	4	**R** 5	**PR** 6	**NR** 7
Rapport de l’auditeur indépendant portant sur les états financiers						
L'établissement n’a pas comptabilisé à l’état de la situation financière, des subventions à recevoir du MSSS concernant des terrains financés par emprunts. Cette situation constitue une dérogation au SP3410 «Paiement de transfert» qui prévoit la comptabilisation des subventions lorsqu’elles sont autorisées par le MSSS à la suite de l’exercice de son pouvoir habilitant et que l'établissement a satisfait aux critères d’admissibilité.	2014-15	R	La direction applique la directive du MSSS			X
Rapport de l’auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
L'unité de mesure « Les heures de formation » pour le centre d'activité 5950 – Formation donnée par le personnel infirmier n'a pas été compilée conformément au Manuel de gestion financière car l'ensemble des heures travaillées ont été compilées plutöt que les heures de formation.	2014-15	R	En raison de la pandémie COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020. Ainsi l’état de la problématique demeure inchangé par rapport au 31 mars 2019.			X
L'unité de mesure « La visite » pour le centre d'activité 6302 - Consultations externes spécialisées n'a pas été compilée conformément au Manuel de gestion financière car il est impossible d'identifier si un usager se présente à plus d'une clinique pour la même condition médicale dans la même journée.	2015-16	R	En raison de la pandémie COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020. Ainsi l’état de la problématique demeure inchangé par rapport au 31 mars 2019.			X
L'unité de mesure « Le mètre cube » pour le centre d'activité 7703 -	2017-18	R		X		

Fonctionnement des installations n'a pas été compilée au cours de la période financière puisqu'aucun document n'existe pour valider l'ensemble des superficies occupées.						
L'unité de mesure « Le mètre carré » pour les centres d'activités 7644 – Hygiène et salubrité - tâche opérationnelles, 7710 - Sécurité et 7801 - Entretien du parc immobilier et du parc d'équipement non médical et mobilier (propriété CHQ ou établissement public) n'a pas été compilée au cours de la période financière puisqu'aucun document n'existe pour valider l'ensemble des superficies occupées.	2017-18	R		X		
L'unité de mesure «La procédure pondérée» pour le centre d'activité 6606 - Centre de prélèvements n'a pas été compilée conformément au Manuel de gestion financière car il existe des écarts entre les données compilées et les éléments probants en support à la compilation.	2018-19	R	En raison de la pandémie COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020. Ainsi l'état de la problématique demeure inchangé par rapport au 31 mars 2019.			X
L'unité de mesure «L'usager» pour le centre d'activité 7090 - L'unité de médecine n'a pas été compilée conformément au Manuel de gestion financière car il y a absence d'éléments probants suffisants à la compilation.	2018-19	R	En raison de la pandémie COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020. Ainsi l'état de la problématique demeure inchangé par rapport au 31 mars 2019.			X
Certains établissements du Centre Universitaire de Santé McGill doivent compiler l'unité de mesure «usagers distincts». Les systèmes de compilation des unités de mesure n'étant pas intégrés entre les établissements, il est impossible d'indentifier si un usager se présente à plus d'un site pour un même centre d'activité.	2018-19	R	En raison de la pandémie COVID-19, l'auditeur indépendant n'a pu effectuer le suivi pour l'exercice terminé le 31 mars 2020. Ainsi l'état de la problématique demeure inchangé par rapport au 31 mars 2019.			X
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Le résultat des opérations de l'établissement va à l'encontre de la loi sur l'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux qui	2017-18	C	Le résultat du fonds d'exploitation est inférieur à 1% du budget			X
mentionne qu'aucun établissement ne doit encourir de déficit à la fin de l'année financière						
Rapport à la gouvernance						
Rien						

Divulgation **des actes répréhensibles**

LE RESPONSABLE DU SUIVI DES DIVULGATIONS N'EN A REÇU AUCUNE POUR L'ANNÉE 2019-2020.

Annexe

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Ministère de la Santé
et des Services sociaux

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

DES ADMINISTRATEURS DE CONSEIL D'ADMINISTRATION

EN VERTU DE LA

LOI SUR LE MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF (chapitre M-30)

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE 3

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES 4

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE 7

Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS 11

Section 4 — APPLICATION 13

Annexe I – Engagement et affirmation du membre 18

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance 19

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre 20

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général 21

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts 22

Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts 23

Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen 24

PRÉAMBULE

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

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

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1. Objectifs généraux

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

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

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

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

2. Fondement légal

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

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.

- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).

- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).

- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).

- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).

- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

3. Définitions

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

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

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

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

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

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

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

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

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

*Intérê*t : Désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.

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

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

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

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

Personne raisonnable : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances[1].

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

4. Champ d'application

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

5. Disposition finale

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

6. Diffusion

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

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

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

7. Principes d'éthique

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

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

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

8. Règles de déontologie

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

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

8.1 Disponibilité et compétence

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

8.2 Respect et loyauté

- Respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- Agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination.
- Respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que toute décision, et ce, malgré sa dissidence.
- Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

8.3 Impartialité

- Se prononcer sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

8.4 Transparence

- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- Partager avec les membres du conseil d'administration, toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

8.5 Discrétion et confidentialité

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

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

8.6 Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

8.7 Relations publiques

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

8.8 Charge publique

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

8.9 Biens et services de l'établissement

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

8.10 Avantages et cadeaux

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

8.11 Interventions inappropriées

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

Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

9. Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

10. Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.

11. Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration ;
b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement ;
c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration ;
d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement ;
e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

12. Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

13. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V.

14. Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent è l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

15. La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

Section 4 – APPLICATION

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

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

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

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

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

18. Comité d'examen *ad hoc*

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

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

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

a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code ;
b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code ;
c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

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

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

19. Processus disciplinaire

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

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

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

19.4 Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. Notion d'indépendance

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

21. Obligations en fin du mandat

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

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

ANNEXES

Annexe I – Engagement et affirmation du membre

Coordonnées du bureau d'élection

Je, soussigné,_____, membre du conseil d'administration du - _____, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le _____.

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

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

En foi de quoi, j'ai_____, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du_____et je m'engage à m'y conformer.

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

_____	_____
Nom du commissaire à l'assermentation	**Signature**

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance

AVIS SIGNÉ

Je, soussigné,_____*[prénom et nom en lettres moulées]*, déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d'administration du _____ due aux faits suivants :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

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

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Je,_____*[prénom et nom en lettres moulées]*, membre du conseil d'administration du_____, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

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

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

_____
_____
_____

2. Titre d'administrateur

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

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

_____
_____
_____

3. Emploi

J'occupe les emplois suivants :

Fonction	Employeur

Je me déclare lié par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du_____.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du_____à m'y conformer.

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

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

Je,_____*[prénom et nom en lettres moulées]*, président-directeur général et membre d'office du_____, déclare les éléments suivants :

1. Intérêts pécuniaires

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

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

_____
_____
_____

2. Titre d'administrateur

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

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

_____
_____
_____

3. Emploi

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

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

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du_____à m'y conformer.

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

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné,_____*[prénom et nom en lettres moulées]*, membre du conseil d'administration du_____déclare par la présente, croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

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

Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts

Je, soussigné, _____, estime que le membre suivant : _____, est en situation de conflit d'intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Je demande que le conseil d'administration adresse ce signalement au comité de gouvernance et d'éthique pour analyse et recommandation, et je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (RLRQ, chapitre A-2.1).

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

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

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

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

L’engagement de nos équipes et des personnes qui nous soutiennent est la pierre angulaire de notre réussite.

Centre universitaire de santé McGill

McGill University Health Centre