



Rapport annuel
de gestion
2014-2015

CENTRE DE RÉADAPTATION
EN DÉPENDANCE DE MONTRÉAL

Institut universitaire



Déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux

Le 30 juin 2015

TABLE DES MATIÈRES

CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DE MONTRÉAL

Institut universitaire



.....	1
MOT DU PRÉSIDENT ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL SORTANTS	5
DÉCLARATIONS	7
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	11
MISSION	13
SERVICES OFFERTS	18
Modalités de suivi clinique.....	18
Services d'accès (AÉO)	18
Programme adulte.....	21
Programme entourage adulte.....	22
Programme d'activités de groupe.....	22
Programme de désintoxication.....	24
Traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution (buprénorphine/naloxone).....	25
Programme itinérance.....	25
Programme jeu pathologique et cyberdépendance.....	25
Programme jeunesse.....	26
Programme réadaptation interne adulte.....	28
Programme réadaptation interne jeunesse.....	28
Programme soutien à l'intégration sociale.....	28
Programme 55 ans et plus.....	30
Programme d'évaluation des conducteurs automobiles.....	30
Services spécialisés de proximité	30
Service de réadaptation externe Pointe-de-l'Île.....	30
Programme de traitement de la toxicomanie de la Cour du Québec (PTTCQ).....	31
Service de liaison en milieu hospitalier.....	31
Liens de troisième ligne	32
Clinique Cormier-Lafontaine.....	32

RÉSULTATS – PLAN STRATÉGIQUE, ENTENTE DE GESTION ET D’IMPUTABILITÉ, SUIVI DE L’AGRÉMENT ET AUTRES INFORMATIONS	34
Bilan en matière d’examen des plaintes	45
CONSEILS ET COMITÉS CRÉÉS EN VERTU DE LA LSSSS	47
Conseil d’administration	47
Conseil des infirmières et infirmiers	48
Conseil multidisciplinaire	48
Comité des usagers et des résidents	48
Comité de vigilance et de la qualité des services	499
Comité de gestion des risques et de la qualité	49
ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS D’OPÉRATIONS.....	57
ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L’AUDITEUR INDÉPENDANT	68
CODE D’ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE APPLICABLE AUX ADMINISTRATEURS	71

Madame,
Monsieur,

Cette année, la clôture de l'année financière marque le début d'une nouvelle ère pour les établissements maintenant regroupés au sein du Centre intégré de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal.

Amorcée le 1^{er} avril 2015, la réorganisation administrative du réseau représente une opportunité exceptionnelle de faire autrement pour améliorer l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins et services. À cet effet, je tiens d'entrée de jeu à remercier les employés et les médecins pour leur contribution enthousiaste au succès de cette transformation.

Le CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal, c'est maintenant 15 000 personnes engagées et profondément dévouées. C'est grâce à elles que nous franchissons les différentes étapes de ce gigantesque chantier à un rythme accéléré mais très bien organisé. C'est grâce à elles également que nous avons déjà commencé à nous démarquer et à rayonner à travers toutes nos missions.

Le rapport annuel de gestion est d'ailleurs une occasion idéale de leur rendre hommage et d'apprécier l'ensemble de leurs réalisations, aussi bien sur le plan clinique que sur le plan administratif. Je les remercie!

Au cours de la dernière année, les projets menés à bien par les établissements maintenant regroupés, les succès obtenus et les actions mises de l'avant, témoignent de notre vision commune d'offrir des soins et des services dans une perspective d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité. Ils démontrent également que nous avons maintenu le cap sur une gestion saine et responsable, ce dont nous nous réjouissons tout particulièrement dans un contexte budgétaire qui représente des défis de taille.

Forts de nos expertises et de nos succès, convaincus que la mise en commun de nos efforts nous permettra de servir plus efficacement la population, nous envisageons l'avenir de notre réseau avec enthousiasme et optimisme. Et nous y travaillerons avec détermination. C'est une promesse.

Bonne lecture!

La présidente-directrice générale,



Sonia Bélanger

MOT DU PRÉSIDENT ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL SORTANTS

Vers une meilleure accessibilité aux services en dépendance

L'amélioration de l'accès à des services de qualité pour les personnes aux prises avec une dépendance a continué d'être la priorité cette année. Nous sommes fiers du travail accompli. Depuis deux ans, le nombre d'usagers desservis en externe a augmenté de 12% passant à 7220 personnes. Malgré cette demande croissante pour des services en dépendance, nous avons maintenu et même dépassé nos cibles de délais d'attente afin d'offrir les services le plus rapidement possible aux usagers :

- 86% des usagers sont évalués en moins de 15 jours
- 84% des usagers reçoivent un suivi en service externe en moins de 28 jours
- 87% des usagers reçoivent sont admis dans nos services internes à l'intérieur de 21 jours

Par ailleurs, les taux d'occupation des programmes internes se sont maintenus entre 70 et 90% selon le programme permettant ainsi à 1008 usagers de bénéficier d'un séjour au programme de désintoxication ou en réadaptation interne. Aussi, 1167 usagers ont fréquenté le service de l'urgence dépendance.

Notons également que le nombre d'interventions réalisées en externe a encore augmenté cette année (+7%) passant à près de 60 000 pour une augmentation totale de 17% depuis 2 ans.

La qualité : une préoccupation continue

Les travaux pour former l'ensemble des intervenants au nouveau plan d'intervention ont commencé cette année. Par ailleurs, un nouvel outil d'évaluation spécialisée en dépendance, le GAIN, est maintenant utilisé pour évaluer une partie de notre clientèle qui demande des services. Cet outil permet une analyse complète de la problématique de l'utilisateur et une meilleure orientation vers les services dont il a besoin. Ces changements importants pour l'amélioration de la qualité des services offerts à nos usagers continueront de se mettre en place en 2015-2016.

Mission universitaire et recherche

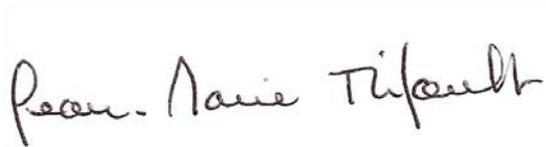
Le renouvellement de l'Institut obtenu l'an dernier a permis au CRDM-IU de continuer de développer ses pratiques en matière d'innovation et de transfert des connaissances à l'ensemble du réseau de la dépendance au Québec :

- La conception d'un programme optimal en parentalité a été complétée
- Des cadres de référence en matière de pratiques de pointe et transfert de connaissances ont été finalisés et un 1^{er} appel de projets de pratiques de point a été lancé au printemps 2015.

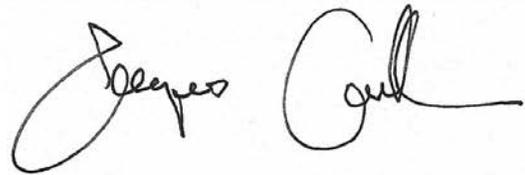
- L'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'interventions a lancé un premier projet pour les personnes présentant un profil chronique de dépendance avec le soutien financier de l'INESSS.
- Plusieurs stagiaires (172) et plus de 500 participants aux différentes formations
- L'équipe de recherche a réalisé plus d'une vingtaine d'activités de transfert de connaissance, notamment la publication d'un rapport de recherche *Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives – Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques*.

Le CRDM-IU intègre le CIUSSS du Centre-Est-de-l'île-de-Montréal

Cette année spéciale marque la fin d'une étape et le début d'une nouvelle aventure. Nous remercions chaleureusement tous les membres sortants du conseil d'administration pour leur engagement remarquable. Nous remercions également chacun de nos employés ainsi que les médecins pour leur travail exceptionnel auprès des personnes dans le besoin.



Jean-Marie Thibault, président sortant
mars 2015



Jacques Couillard, directeur général jusqu'au 31

DÉCLARATIONS

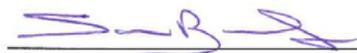
DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

À titre de présidente-directrice générale, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2014-2015 de l'installation Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2015.



Sonia Bélanger
Présidente-directrice générale
CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal

RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers de l'installation Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

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

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

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Martin & Cie dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Martin & Cie peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.


Sonia Bélanger
Présidente-directrice générale
CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal


Christian Parent
Directeur des ressources financières
CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

MISSION

Le CRDM-IU est un établissement public de réadaptation ayant pour mission d'améliorer l'état de santé, le bien-être et l'intégration sociale des personnes aux prises avec des problèmes de dépendance (alcool et autres drogues, jeu pathologique, cyberdépendance) et de leur entourage.

Depuis août 2007, l'établissement est aussi porteur d'une mission universitaire. À ce titre, il veille à l'avancement des connaissances dans le domaine des dépendances sur le plan de la recherche, de l'évaluation, de l'enseignement, du transfert de connaissances et du développement des pratiques de pointe.

VISION

NOTRE VISION

Le CRDM-IU veut offrir des services répondant aux plus hauts standards de qualité et d'accessibilité, centrés sur les besoins des usagers et s'adaptant à leur évolution. Il aspire, avec la participation de ses usagers et de ses employés à :

Être reconnu comme un **expert en dépendance** et un pôle rassembleur d'innovations en matière de meilleures pratiques cliniques, de recherche, de formation et de transfert de connaissances

Être une **organisation apprenante et performante** qui recherche continuellement à s'améliorer

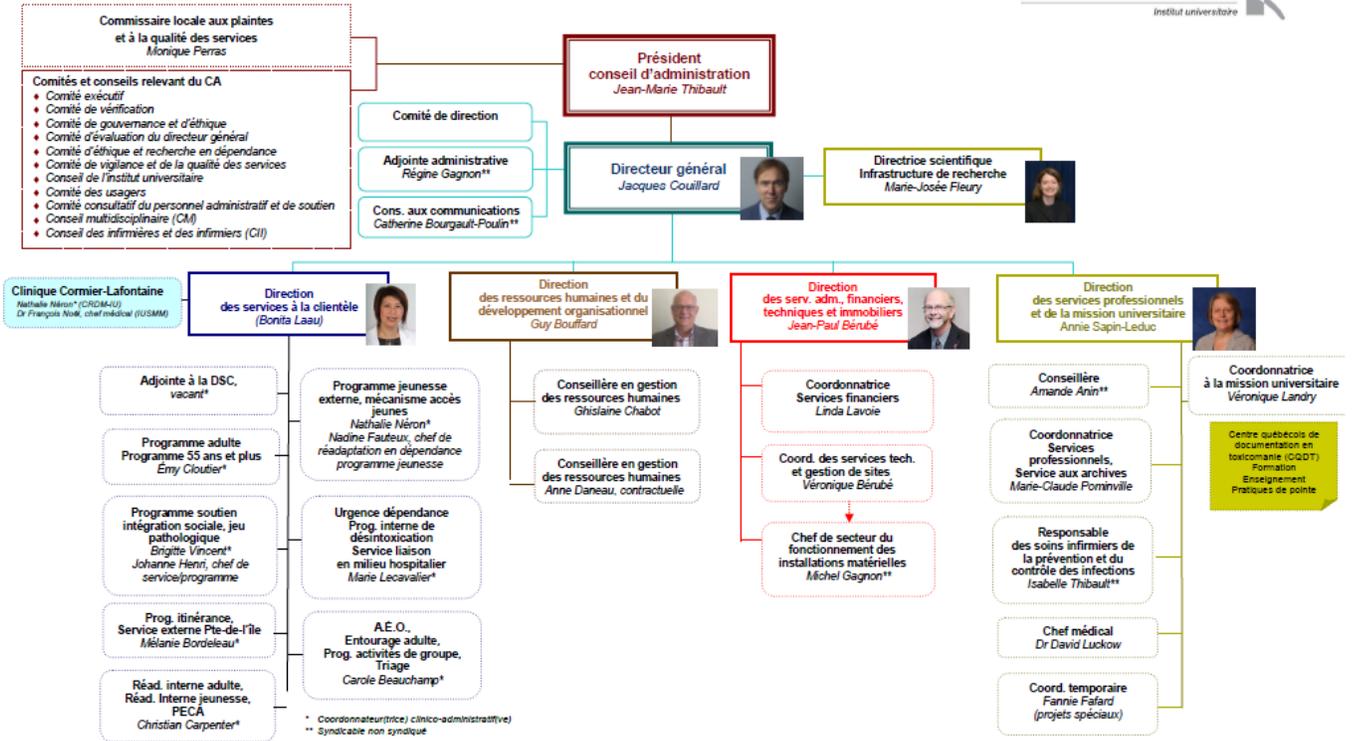
L'USAGER

Être un **milieu de travail stimulant** et valorisant les compétences de tous et chacun

Être un **partenaire proactif** favorisant l'intégration de ses services avec ceux des partenaires du réseau

Organigramme au 31 mars 2015

STRUCTURE ADMINISTRATIVE



Version révisée – 31 mars 2015

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION DÉSSERVIE

Prévalence des troubles liés à la consommation d'alcool et autres drogues, et des jeux de hasard et d'argent (JHA) au Québec

L'Enquête sur la santé et les collectivités canadiennes (ESCC) de 2012 révèle que près de 4% de la population québécoise âgée de 15 ans et plus présenterait un trouble lié à l'utilisation de substance psychoactive et 2,7% éprouverait un problème de dépendance à l'alcool, 1,4% au cannabis et 0,5% aux autres drogues (excluant le cannabis).

Le taux de troubles liés à l'utilisation de substances est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (pour les 12 derniers mois, 5,5% des hommes contre 2,3% des femmes) ainsi que chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans (pour les 12 derniers mois, 13,3% des 15-24 ans contre 2,6% des 25 ans et plus).

En 2002, les taux estimés de joueurs excessifs probables (pathologiques) et de joueurs à risque au Québec étaient de 0,8% et 0,9% respectivement. Ceci représente entre 35 000 et 55 800 joueurs excessifs et entre 40 000 et 62 000 joueurs à risque. Ces résultats ont été obtenus sur un échantillon de 8 842 adultes représentatifs de la population québécoise. ¹

1.3.2 Habitude de vie des Montréalais concernant l'alcool et autres drogues, et les jeux de hasard et d'argent

Selon l'enquête Topo réalisée en 2012 par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 14 % des Montréalais consomment de l'alcool de manière excessive, soit 6 consommations ou plus chez les hommes (5 chez les femmes) au cours d'une même occasion, au moins 12 fois dans l'année.

¹ Ladouceur, R., Jacques, C., Chevalier, S., Sévigny, S., Hamel, D., & Allard, D. (2004). *Prévalence des habitudes de jeu et jeu pathologique au Québec en 2002*. Québec et Montréal, Université Laval et Institut national de santé publique du Québec.

Plus spécifiquement, c'est dans le centre et le sud de l'île que la consommation excessive est la plus forte, notamment sur les territoires du CSSS Cœur-de-l'île (24,9%), du CSSS Jeanne-Mance (26,9%) et du CSSS Sud-Ouest-Verdun (16,3%).

Par ailleurs, selon les données de la RAMQ 2006-2007, le taux de dépendance à l'alcool est de 0,9% à Montréal. Les groupes ayant une consommation problématique d'alcool sont les personnes sans enfants (34 % comparer à 8% chez celles ayant au moins un enfant), les hommes et les personnes vivant seules.²

Concernant la consommation de drogues des Montréalais, la RAMQ indique qu'en 2006, 5 900 personnes avaient reçu un diagnostic médical d'abus ou de dépendance aux drogues et que la prévalence de dépendance était la plus élevée chez les hommes de 20 à 64 ans (2,9%).

Finalement, la proportion de joueurs problématiques est légèrement plus élevée qu'ailleurs au Québec, soit 2,7% comparativement à 2,1%.³

² Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. (2013). *Programme-services dépendance. Modalités régionales de mise en œuvre de l'offre de service 2007-2015.*

³ Idem.

SERVICES OFFERTS

Les **services d'accès** agissent comme porte d'entrée de l'établissement. Ils constituent une première étape pour la clientèle qui est ensuite dirigée vers le programme correspondant à sa réalité et à ses besoins.

Les **programmes** reposent sur le principe d'appariement des clientèles et font référence à un groupe d'âge spécifique (jeunesse, adulte ou 55 ans et plus), à une problématique vécue par un ensemble d'individus (jeu, itinérance, etc.) ou à un besoin spécifique. À cette notion d'appariement s'ajoute la notion d'offrir une intensité de service adapté aux besoins des usagers (réinsertion sociale, désintoxication). La majorité des programmes se divise en plusieurs volets afin de mieux répondre aux réalités complexes inhérentes à la dépendance.

Enfin, les **services spécialisés de proximité** favorisent le travail concerté de plusieurs partenaires afin d'offrir des services de réadaptation en dépendance dans la communauté même (ex. Service de réadaptation externe Pointe-de-l'Île) ou dans un organisme (ou établissement) avec lequel le CRDM-IU a établi des ententes pour répondre à des besoins spécifiques (ex. PTTCQ, liaison en milieu hospitalier).

Modalités de suivi clinique

La plupart des services et programmes sont offerts en externe. Toutefois, dans certaines circonstances, la clientèle peut être temporairement retirée de son milieu de vie et bénéficier de services internes. Cette modalité représente une réponse intensive à des besoins plus circonscrits. Lorsque requis, la clientèle peut bénéficier simultanément des deux modalités.

Services d'accès (AÉO)

Les services d'accueil, évaluation et orientation (AÉO) s'adressent aux personnes de tout âge ayant un problème de dépendance ainsi qu'aux membres de leur entourage. Ils visent à :

- recueillir des informations sur la situation de l'utilisateur;
- statuer sur son admissibilité et sur l'urgence de sa situation;

- procéder aux évaluations requises
- orienter l'utilisateur vers les ressources appropriées.

Ces services sont accessibles de jour et de soir, par téléphone ou en personne, et sans rendez-vous pour les situations urgentes. Ils sont également offerts à la clientèle anglophone.

Tableau 2 : Clientèle et particularités des services d'accès

Service d'accès	Caractéristiques de la clientèle	Particularités
AÉO Dépendance avec substance (25 ans et plus)	<ul style="list-style-type: none"> • Âgée de 25 ans et plus • Dépendance avec substance 	<ul style="list-style-type: none"> • Accessible du lundi au vendredi, par téléphone ou en personne
AÉO Dépendance avec substance (18-24 ans)	<ul style="list-style-type: none"> • Âgée de 18 à 24 ans • Dépendance avec substance 	<ul style="list-style-type: none"> • Accessible du lundi au vendredi, par téléphone ou en personne • Offre le soutien (individuel ou de groupe) pendant l'attente du suivi au programme Jeunesse
Mécanisme d'accès en toxicomanie pour les jeunes de moins de 18 ans de la région de Montréal (MATJM)	<ul style="list-style-type: none"> • Âgée de moins de 18 ans • Dépendance avec ou sans substance 	<ul style="list-style-type: none"> • Guichet d'accès unique pour tous les services de 2^e ligne en dépendance offerts aux mineurs du territoire montréalais. • Référence et soutien pendant l'attente des services appropriés (ceux du CRDM-IU ou ceux des partenaires résidentiels -Le Portage, Le Grand Chemin ou le Pavillon du Nouveau Point de Vue)
AÉO Dépendance sans substance (jeu pathologique et cyberdépendance)	<ul style="list-style-type: none"> • Âgée de 18 ans et plus • Dépendance sans substance 	<ul style="list-style-type: none"> • Accessible du lundi au vendredi par téléphone ou en personne • Accueil de groupe • Accueil individualisé pour l'entourage et les personnes cyberdépendantes âgées de 18 ans et plus
AÉO Urgence dépendance	<ul style="list-style-type: none"> • Tout âge • Nécessitant une intervention immédiate 	<ul style="list-style-type: none"> • Accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, avec encadrement infirmier sans présence médicale. • Dix places disponibles • Séjour de 24 à 48 heures • Jusqu'à 72 heures pour des situations particulières

Service d'accès	Caractéristiques de la clientèle	Particularités
AÉO Triage dépendance	<ul style="list-style-type: none"> • Tout âge • Nécessitant une intervention immédiate 	<ul style="list-style-type: none"> • Accessible du lundi au vendredi • Porte d'entrée pour les programmes désintoxication et itinérance, • Référence aux services externes

Programmes

Programme adulte

Ce programme s'adresse aux personnes âgées de 25 à 54 ans ayant une dépendance avec substance. Les services sont offerts en externe, de jour et de soir. Selon les besoins de la clientèle, un suivi de réadaptation individuel ou en groupe est offert.

Tableau 3 : Clientèle et particularités du programme adulte

Volet	Caractéristiques de la clientèle	Particularités
Général	<ul style="list-style-type: none">• Relativement autonome, souvent sur le marché du travail et vivant des difficultés d'ordre psychosocial• Présence d'un trouble de la personnalité	<ul style="list-style-type: none">• Intervention individuelle offerte selon des approches variées : éducative, psychoéducatrice et psychothérapeutique• Thérapie de couple et familiale• Intervention de groupe
Justice	<ul style="list-style-type: none">• Difficultés d'ordre judiciaire actuelles ou passées	
Cheminement justice court terme (CJCT)	<ul style="list-style-type: none">• Aucune demande d'aide en l'absence d'une ordonnance du système judiciaire• Peu d'intérêt envers le fait de modifier ses habitudes de consommation, faible confiance dans ses chances de réussite	<ul style="list-style-type: none">• Intervention sur la motivation extrinsèque et sur les résistances de la personne• Responsabilisation et reprise de pouvoir sur sa vie
Faculté - vie	<ul style="list-style-type: none">• Récidiviste de la conduite en état d'ébriété, détenu à l'Établissement de détention de Montréal	<ul style="list-style-type: none">• Évaluation spécialisée• Intervention de groupe• En partenariat avec l'Établissement de détention de Montréal et le Centre Champagnat (Commission scolaire de Montréal)
Santé mentale (régulier)	<ul style="list-style-type: none">• Syndromes psychotiques• Troubles anxieux et dépressifs sévères• Troubles de la personnalité limite sévères• Autres troubles de la personnalité et structures fragiles sur le plan fonctionnel	<ul style="list-style-type: none">• Intervention individuelle• Ajout du volet groupe au besoin

Volet	Caractéristiques de la clientèle	Particularités
Santé mentale (AGIIR)	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrénie et autres troubles psychotiques • Troubles de la personnalité sévères et persistants • Troubles de l'humeur 	<ul style="list-style-type: none"> • Trajectoire de services en collaboration (PSI) avec le réseau de la santé mentale • Intervention individuelle et de groupe
Jessie	<ul style="list-style-type: none"> • Parents d'enfants âgés de 0 à 5 ans • En partenariat avec le centre jeunesse de Montréal-IU 	<ul style="list-style-type: none"> • Rencontres réseau aux huit semaines où sont présents les intervenants du CRDM-IU, du Centre jeunesse de Montréal-IU et le ou les parents • Proximité géographique (territoires Nord, Sud, Est et Ouest de l'Île de Montréal)
Rond-point	<ul style="list-style-type: none"> • Femmes enceintes et parents d'enfants 0-5 ans 	<ul style="list-style-type: none"> • Services spécialisés en dépendance en partenariat (CHUM, CSSS Jeanne-Mance, CJM-IU, Dans la rue, CRAN, Portage, CPS-CS, ASPC) pour offrir une programmation de services intégrés de proximité
Programme multifamilial pour parents consommateurs	<ul style="list-style-type: none"> • Familles avec leurs enfants de 6 à 12 ans touchés par la dépendance d'un parent (avec ou sans substance) 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention bimodale (parents-enfants) • 12 rencontres de groupe • Rencontres familiales statutaires et ponctuelles

Programme entourage adulte

Ce programme s'adresse aux proches (parents, conjoint, fratrie) d'une personne présentant des problèmes de dépendance avec substance, que cette dernière soit inscrite ou non dans les services du Centre. Ce service externe se fait sous forme de suivi thérapeutique de groupe. Un suivi individuel est possible.

Programme d'activités de groupe

Ce programme s'adresse à toute personne de 25 ans et plus présentant un problème de dépendance - avec ou sans substance - ayant fait l'objet d'une évaluation au Centre. Il est offert

sur une base volontaire aux personnes durant leur démarche de réadaptation ou pendant leur attente pour bénéficier d'un service.

Tableau 4 : Clientèle et particularités du programme d'activités de groupe

Volet	Caractéristiques de la clientèle	Particularités
Activités de groupe de base	<ul style="list-style-type: none"> • Personne qui a besoin de soutien motivationnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Groupes ouverts • Thèmes abordés : <ul style="list-style-type: none"> ✓ axe consommation ✓ axe psychologique ✓ axe social
Post-détox intensif (Intensité de soins II-T)	<ul style="list-style-type: none"> • Personne qui a bénéficié d'un séjour dans le service de désintoxication du CRDM-IU • Personne qui a besoin de consolider les acquis obtenus lors du séjour à l'interne 	<ul style="list-style-type: none"> • Encadrement intensif (3 jours/semaine) • Rencontre individuelle • Rencontre de groupe (4 fois/semaine) • Accueil sans rendez-vous • Entrevue téléphonique • Service offert de jour et de soir, à raison de 9hrs/semaine • 10 places disponibles
Post-détox	<ul style="list-style-type: none"> • Personne qui a bénéficié d'un séjour en désintoxication et qui veut poursuivre sa démarche dans nos services externes 	<ul style="list-style-type: none"> • Durée de 4 semaines, une rencontre par semaine • Intégration au programme d'activités de groupe
Activités découvertes	<ul style="list-style-type: none"> • Personne qui a besoin de recréer de nouvelles habitudes de vie et de sortir de l'isolement 	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe fermé • Une rencontre par semaine • 9 à 12 places disponibles/groupe • Expression artistique • Relaxation évolutive • Hockey balle • Volleyball • La détente par le mouvement

Programme de désintoxication

Le programme de désintoxication vise principalement à encadrer de manière sécuritaire le sevrage d'alcool, de substances psychoactives ou le soutien de l'arrêt des conduites addictives.

Désintoxication externe (niveau d'intensité II –D)

Tableau 5: Clientèle et particularités du programme de désintoxication externe

Volet	Caractéristiques de la clientèle	Particularités
Désintoxication externe avec soins intensifs (niveau II-D)	<ul style="list-style-type: none">• Diagnostic d'abus d'alcool• Symptômes de sevrage légers à modérés• Est en suivi de réadaptation	<ul style="list-style-type: none">• Consultation médicale• Évaluation et suivi par l'infirmière• Suivi de sevrage sécuritaire en externe

Désintoxication interne (niveau d'intensité III-D)

Le programme offre deux volets de sevrage correspondant au niveau d'intensité de service requis de l'ASAM (American Society of Addiction Medicine). Ce programme se veut un soutien au processus de réadaptation.

Tableau 6: Clientèle et particularités du programme de désintoxication interne

Volet	Caractéristiques de la clientèle	Particularités
Sevrage médical (III.7-D)	<ul style="list-style-type: none">• Symptômes de sevrage qualifiés de modérés à sévères	<ul style="list-style-type: none">• Dix places disponibles• Séjour de sept à dix jours
Sevrage psychosocial (III.2-D)	<ul style="list-style-type: none">• Symptômes de sevrage qualifiés de légers à modérés• Peut présenter un problème de jeu pathologique et cyberdépendance	<ul style="list-style-type: none">• Dix-huit places disponibles• Séjour pouvant aller jusqu'à 10 jours

Traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution (buprénorphine/naloxone)

Ce programme s'adresse à toute personne qui veut cesser de consommer des opioïdes et la pratique de l'injection par un traitement de la dépendance aux opioïdes avec une médication de substitution soit la buprénorphine/naloxone. L'utilisateur rencontre une équipe médicale (médecin et infirmière) ainsi qu'un intervenant psychosocial. Le traitement à la buprénorphine/naloxone facilite notamment la réadaptation et la réinsertion sociale; il permet de diriger les personnes vers des services psychosociaux ou sanitaires appropriés et, conséquemment, de réduire la propagation du VIH, du VHC et d'autres agents infectieux (réduire les méfaits). Il s'adresse dans un premier temps à la clientèle des services de l'urgence dépendance, du triage et des programmes jeunesse et itinérance.

Programme itinérance

Ce programme s'adresse aux personnes âgées de 25 ans et plus présentant à la fois des problèmes de dépendance et d'itinérance. L'itinérance vécue peut être qualifiée de situationnelle, de cyclique ou de chronique. Les services sont offerts en suivi externe. Ils incluent le groupe d'accueil, l'évaluation des besoins, le suivi psychosocial, le suivi infirmier, le service de gestion budgétaire avec les usagers et la liaison avec les partenaires. Les interventions sont effectuées en complémentarité avec un ensemble de services et de programmes offerts au CRDM-IU (AÉO, triage, désintoxication, réinsertion sociale, etc.) et en lien avec les services complémentaires de plusieurs partenaires (refuges, centres de jour, défense des droits, organismes communautaires, etc.).

Programme jeu pathologique et cyberdépendance

Ce programme s'adresse aux personnes de tout âge ayant une problématique de jeu ainsi qu'aux personnes cyberdépendantes âgées de 18 ans et plus. Les personnes en situation de crise, qu'elles soient connues ou non de l'établissement, peuvent recevoir un soutien ponctuel dans un délai de 24 heures. Le programme est constitué de trois volets.

Tableau 7: Clientèle et particularités du programme du jeu pathologique

Volet	Caractéristiques de la clientèle	Particularités
Traitement jeu	Tout âge	Intervention individuelle jumelée, si besoin, à : <ul style="list-style-type: none"> – Intervention de groupe – Consultation budgétaire Réadaptation interne avec suivi intensif
Traitement cyberdépendance	Âgée de 18 ans et plus	Intervention individuelle et de groupe
Entourage	Membres de l'entourage des personnes en suivi ou non au Centre (jeu et cyberdépendance)	Intervention individuelle de 5 à 7 rencontres au maximum

Programme jeunesse

Ce programme s'adresse aux personnes âgées de 24 ans et moins ayant une dépendance à l'alcool et autres drogues, de même qu'à leur entourage. Il dessert également les personnes de 18 ans et moins ayant une problématique de cyberdépendance. Le programme est constitué de sept volets. Selon les besoins des jeunes, un suivi de réadaptation est offert en individuel ou en groupe.

Des interventions de soutien, d'accompagnement, d'évaluation, de même qu'un suivi santé, sont privilégiés. Si requis, les intervenants du programme peuvent diriger la clientèle vers un hébergement transitoire de réadaptation, vers un programme de désintoxication ou vers d'autres ressources de la communauté.

Tableau 8: Clientèle et particularités du programme jeunesse

Volet	Caractéristiques de la clientèle	Particularités
Général	<ul style="list-style-type: none"> • Relativement autonome, souvent aux études et vivant des difficultés d'ordre psychosocial • Présence d'un trouble de la personnalité 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi individuel offert selon des approches variées : éducative, psychoéducative et psychothérapeutique • Intervention auprès de l'entourage • Suivi de groupe
Scolaire	<ul style="list-style-type: none"> • Cheminement scolaire interrompu ou compromis en raison de la dépendance 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientation et suivi par un intervenant du programme • En collaboration avec les commissions scolaires du territoire
Jeunes SDF (sans domicile fixe)	<ul style="list-style-type: none"> • Clientèle de moins de 25 ans itinérante ou à risque de le devenir 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention dans les milieux fréquentés par les jeunes
Entourage	<ul style="list-style-type: none"> • Parents, fratrie, conjoint • Dépendance avec ou sans substance 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi individuel, de couple, familial ou en groupe
Justice	<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés d'ordre judiciaire • Délinquance cachée ou en avant-plan de la démarche de réadaptation 	<ul style="list-style-type: none"> • Un programme d'activités en mesures extrajudiciaires pour les moins de 18 ans peut aussi être offert.
Santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Fragilité sur le plan de la santé mentale ou diagnostic de trouble de santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation psychologique au besoin • Entente de collaboration avec la pédopsychiatrie de l'Hôpital Ste-Justine
Intervention en centre Jeunesse	<ul style="list-style-type: none"> • Jeunes hébergés en centre jeunesse qui ne peuvent se déplacer pour recevoir les services pour des motifs cliniques ou légaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Services offerts selon entente avec le CJM-IU • Rencontres individuelles et participation à certaines activités de groupe

Programme réadaptation interne adulte

Accessible uniquement à la clientèle en suivi au CRDM-IU, ce programme s'adresse aux personnes âgées de 25 ans et plus aux prises avec un problème de dépendance -avec ou sans substance- et présentant des symptômes de détresse psychologique (humeur dépressive, idéation suicidaire, présence d'éléments de désorganisation psychologique, etc.) et souvent une situation de désorganisation sociale. L'intervention est effectuée sur une base individuelle et de groupe. En fonction du plan d'intervention, la durée du séjour peut varier entre un et trois mois. Au total, dix-huit places sont disponibles, dont trois sont réservées à la clientèle du programme jeu pathologique.

Programme réadaptation interne jeunesse

Ce programme accueille les jeunes de 18 à 24 ans (critère d'âge actuellement en révision) ayant une dépendance à l'alcool et autres drogues, à la cyberdépendance ou au jeu.

Le programme permet l'arrêt d'agir, la distanciation avec le milieu et l'amorce d'un processus de réflexion sur la consommation et les choix de vie. Il offre aussi la possibilité de faire le point et de stabiliser les conditions de santé, d'apprendre à s'organiser dans un milieu de vie, d'entreprendre des démarches de retour à l'école ou de recherche d'emploi et de se réinsérer socialement. Neuf places sont disponibles pour un séjour d'une à six semaines.

Programme soutien à l'intégration sociale

Ce programme s'adresse à l'ensemble des usagers de 18 ans et plus référés par l'intervenant responsable du suivi des objectifs de réadaptation en lien avec la dépendance (alcool et autres drogues, jeu, cyberdépendance). Il vise à soutenir les usagers durant leur suivi de réadaptation, à favoriser leur intégration sociale, et à maintenir et consolider leurs acquis. Il comprend six volets : trois donnant accès à un milieu de vie, deux à une activité socialement enrichissante, et le dernier s'adresse spécifiquement aux jeunes de 18-30 ans en situation de désaffiliation sociale ou à risque de l'être.

Les demandes concernant l'accès à un milieu de vie sont traitées par un comité.

Tableau 9: Clientèle et particularités du programme de soutien à l'intégration sociale

Volet	Caractéristiques de la clientèle	Particularités
Ressource non institutionnelle (RNI)	<ul style="list-style-type: none"> • Variables selon la ressource • Conditions associées (sida, itinérance, etc.) • Nécessite un soutien soutenu 	<ul style="list-style-type: none"> • Divers types de ressources : résidences d'accueil, chambres et appartements supervisés, ressources intermédiaires • Séjour d'une durée variable : <ul style="list-style-type: none"> ✓ 14 jours à un an pour des besoins de réorganisation sociale ✓ Plusieurs années si le milieu de vie est la condition pour maintenir les acquis et la réinsertion
Réinsertion sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Doit bénéficier d'un suivi de réadaptation depuis au moins six mois 	<ul style="list-style-type: none"> • Outiller l'utilisateur pour faciliter sa réinsertion sociale • Donner accès à un logement subventionné ou abordable • Administration du budget obligatoire • Dix-huit places disponibles • Durée d'un an
Logement social	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité d'assumer les responsabilités liées à un bail • Faible revenu 	<ul style="list-style-type: none"> • Accès à un logement social permanent dans une perspective d'autonomisation • Soutien aux organismes d'habitation à but non lucratif • Développement de nouveaux projets d'habitation
Intégration sociale par le travail	<ul style="list-style-type: none"> • Démontrer une évolution suffisante sur le plan des objectifs de réadaptation 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervention individuelle • Bilan des compétences • Évaluation des besoins • Évaluation des intérêts, des aptitudes et de la personnalité • Soutien pour le retour ou le maintien en emploi et aux études • Orientation vers les ressources externes d'employabilité et les centres de formation professionnelle
Fen'êtré	<ul style="list-style-type: none"> • Jeunes de 18-30 ans en désaffiliation sociale ou à risque de l'être • Création d'une boîte à outils pour les usagers (alimentation, banque, crise, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien et accompagnement individuel pour actualiser un projet de réinsertion • Groupes thématiques (logement, alimentation ,etc.)

Volet	Caractéristiques de la clientèle	Particularités
Affiliation sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Démontrer une évolution suffisante sur le plan des objectifs de réadaptation 	<ul style="list-style-type: none"> • Développer ou consolider les compétences sociales de la personne afin d'actualiser un projet d'expression artistique, des activités culturelles, de loisirs ou encore une action citoyenne • Programme de groupe Trajectoires • Intervention individuelle

Programme 55 ans et plus

Ce programme s'adresse aux personnes âgées de 55 ans et plus aux prises avec des problèmes de dépendance avec substance. Un suivi de réadaptation est offert en individuel ou en groupe sur une base externe. Si la situation l'exige et lorsque possible, des interventions au domicile de la personne peuvent se faire.

Programme d'évaluation des conducteurs automobiles

Ce programme s'adresse aux personnes condamnées pour avoir conduit un véhicule routier avec facultés affaiblies et qui demandent l'obtention ou le renouvellement d'un permis de conduire. Il vise à évaluer les risques de récurrence et la compatibilité du type de consommation des personnes au regard de la conduite sécuritaire d'un véhicule. Les participants au programme sont identifiés par la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ).

Services spécialisés de proximité

Service de réadaptation externe Pointe-de-l'Île

Ce service s'adresse aux personnes de tout âge résidant sur le territoire du CSSS de la Pointe-de-l'Île et qui sont aux prises avec un problème de dépendance avec substance. À la suite d'une évaluation, certaines clientèles peuvent accéder à un suivi individuel de réadaptation sur une base externe ou encore être orientées vers un programme spécialisé répondant à leurs besoins. Des services d'accueil, d'évaluation et d'orientation sont offerts directement sur place, de même

que des activités de groupe en soutien à la liste d'attente et des activités de consolidation des acquis en fin de suivi.

Programme de traitement de la toxicomanie de la Cour du Québec (PTTCQ)

Ce programme s'adresse aux personnes judiciairisées qui font face à des accusations criminelles alors que la dépendance est en cause. Ces personnes sont détenues dans le cadre des procédures judiciaires (prévenus). L'équipe du CRDM-IU, qui est sur place au tribunal, effectue les évaluations des prévenus référés au programme au moyen de l'IGT pour statuer sur leur dépendance et ainsi permettre leur admission avec le consentement de toutes les parties. Le programme a une durée variant de 10 à 24 mois qui comprend, entre autres, une thérapie en interne dans une ressource certifiée où elle séjournera pendant 6 mois. Au moment de leur sortie de thérapie, elles doivent continuer leurs démarches et, dans ce cadre, peuvent choisir de venir chercher des services au CRDM. Les évaluatrices faciliteront la référence vers nos services réguliers. En fin de démarche, les contrevenants rencontreront à nouveau une évaluatrice qui administrera un IGT abrégé et qui permettra de faire état à la Cour des progrès et du maintien des objectifs de la personne.

Service de liaison en milieu hospitalier

Ce service s'adresse aux personnes de tout âge ayant des problèmes de dépendance se présentant à l'urgence physique ou psychiatrique d'un centre hospitalier. Le repérage des personnes admissibles est effectué par le personnel médical et clinique du centre hospitalier qui les dirige vers l'infirmière ou l'intervenant du CRDM-IU présent à l'hôpital. Ce dernier évalue la problématique de dépendance en vue d'orienter les personnes vers le bon service de réadaptation.

Le service de liaison peut compter sur des mécanismes fluides de prise en charge au CRDM-IU à travers l'ensemble de ses services et programmes (dont le service de désintoxication). Cette clientèle est également suivie en externe par une équipe de professionnels. Principalement, le suivi est axé sur la gestion de la crise et le soutien à poursuivre le processus de réadaptation jusqu'à la prise en charge par les programmes réguliers du CRDM-IU.

Le service de liaison est disponible dans les hôpitaux suivants :

- Hôpital Maisonneuve-Rosemont,
- CHUM (sites : Hôtel-Dieu, Notre-Dame et services des médecines des toxicomanies de l'hôpital St-Luc),
- CSSS Sud-Ouest-Verdun (Hôpital de Verdun),
- Ste-Mary's Hospital et Hôpital général de Montréal (en association avec le CRD Foster) .

Liens de troisième ligne

Clinique Cormier-Lafontaine

Issue d'un partenariat entre l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM) et le CRDM-IU, la Clinique Cormier-Lafontaine (CCL) dispense depuis 2001 des services de troisième ligne en dépendance et santé mentale.

Pour son volet de services aux personnes, la CCL offre, sur référence d'un psychiatre ou d'un intervenant de deuxième ligne en dépendance et un médecin, un programme de traitement intégré pour les personnes présentant à la fois des problèmes sévères et persistants de santé mentale et de dépendance et qui peuvent être réfractaires au traitement.

La programmation est adaptée pour la clientèle ayant un trouble psychotique (incluant la maladie bipolaire) et des conduites addictives. Elle offre des activités individuelles, de groupe, des services sociaux, etc. La prise en charge globale est faite par la même équipe traitante tout au long de l'épisode de soins, incluant l'hospitalisation. La clinique dispose de six à huit lits d'hospitalisation à l'IUSMM pour sa clientèle.

En lien avec la mission universitaire des établissements fondateurs et par sa mission spécifique de troisième ligne, la CCL contribue à l'avancement des connaissances et leur diffusion par des activités de transfert des connaissances, de formation et d'enseignement, et contribue à la recherche.

Elle offre également des services de consultation visant à soutenir les équipes traitantes des réseaux de la santé mentale et des dépendances, au bénéfice de la clientèle aux prises avec divers troubles concomitants et qui ne répond pas aux critères du programme de traitement. À la demande d'un référent de deuxième ou de première ligne, la Clinique offre donc de partager son expertise. Ces services prennent diverses formes, telles : l'évaluation d'une personne dans le but

d'échanger sur des hypothèses diagnostiques, la participation à des échanges cliniques sur certains dossiers, des consultations en équipe sur des cas complexes, etc. Les partenaires qui font appel à ce service sont les centres hospitaliers universitaires, les centres de santé et de services sociaux (CSSS), les centres hospitaliers, les centres de réadaptation et les organismes communautaires.

RÉSULTATS – PLAN STRATÉGIQUE, ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ, SUIVI DE L'AGRÉMENT ET AUTRES INFORMATIONS

Bilan de la planification stratégique au 31 mars 2015

ENJEU 1 : ACCESSIBILITÉ

1.1 Assurer aux personnes dépendantes un accès aux services dans des délais acceptables		
Objectifs	<p>1.1.1 Atteindre une proportion de 75 % (2014) et 80% (2015) de la clientèle qui sera évaluée au plus tard 15 jours ouvrables après une demande</p> <p>Objectif atteint : à la P13 2014-2015, 86% des évaluations sont réalisés à l'intérieur de 15 jours ouvrable.</p>	●
	<p>1.1.2 Atteindre, pour chacun des sous-programmes, une proportion de 50 % de la clientèle des services externes ayant attendue 28 jours ouvrables ou moins entre l'assignation au sous-programme et la première intervention</p> <p>Objectif partiellement atteint : 2 programmes sur 19 n'ont pas atteint la cible de 50% (P10 2014-2015). Tous services compilés, 84% de la clientèle des services externes a attendu 28 jours ouvrables ou moins entre l'assignation au sous-programme et la 1^{ère} intervention.</p>	●
	<p>1.1.3 Atteindre la proportion de 95 % d'usagers ayant attendu 21 jours ouvrables ou moins entre la date d'assignation au programme de réadaptation interne ou de désintoxication et la date d'admission</p> <p>Objectif partiellement atteint : 87% des usagers (P10 2014-2015) ont attendu 21 jours ouvrables ou moins.</p>	●

1.2 Organiser les services afin de mieux répondre aux besoins des usagers en matière d'accessibilité		
Objectif	<p>1.2.1 Favoriser l'accès à nos services aux UDI</p> <p>Objectif partiellement atteint : le comité de travail interne a émis des recommandations spécifiques à l'offre de service pour la clientèle UDI. Le comité de direction a retenu 3 des recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'installation de boîtes de récupération de seringues (actualisation pour l'été 2015) • Formation sur les substances psychoactives dans des programmes ciblés (actualisation au courant de l'année 2015) • Distribution de matériel d'injection dans tous les programmes (réalisé) 	●

ENJEU 2 : CONTINUITÉ

2.1 Améliorer la continuité des services avec les partenaires montréalais		
Objectifs	<p>2.1.1 Établir ou assurer le suivi des ententes formelles de collaboration avec chacun des CSSS de la région</p> <p>Objectif suspendu : l'adoption de la loi modifiant l'organisation de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux a rendu cet objectif caduc. La réorganisation du réseau permettra de redéfinir les mécanismes de collaboration entre le CIUSSS du Centre-Est-de-l' Île-de-Montréal et ses partenaires au cours de la prochaine année.</p>	●
	<p>2.1.2 Établir ou assurer le suivi des ententes formelles de collaboration avec les autres établissements du réseau pour les services de deuxième et troisième ligne</p> <p>Objectif suspendu : l'adoption de la loi modifiant l'organisation de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux a rendu cet objectif caduc. La réorganisation du réseau permettra de redéfinir les mécanismes de collaboration entre le CIUSSS du Centre-Est-de-l' Île-de-Montréal et ses partenaires au cours de la prochaine année.</p>	●

2.2 Améliorer la continuité de services entre les différents services et programmes		
Objectif	<p>2.2.1 Améliorer la fluidité du cheminement de la clientèle à travers les programmes et services</p> <p>Objectif partiellement atteint : des programmes ont été ciblés pour actualiser des mécanismes de communication et des processus clinico-administratifs permettant de favoriser la fluidité du cheminement à l'interne du CRDM-IU. Ces mécanismes sont encore en cours d'implantation.</p> <p>Par ailleurs, le nouveau P.I va favoriser la réalisation de cet objectif par la mise en place d'une démarche interdisciplinaire.</p>	●

ENJEU 3 : QUALITÉ

3.1 Poursuivre l'amélioration continue de la qualité		
Objectifs	<p>3.1.1 Consolider la culture qualité de l'établissement en matière d'engagement qualité, d'évaluation de programme et d'évaluation de la satisfaction</p> <p>Objectif partiellement atteint :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Engagement qualité</u> : <i>Suspendu</i>. Un engagement qualité sera à définir pour l'ensemble du CIUSSS du Centre-Est-de-l' Île-de-Montréal. • <u>Évaluation de programme</u> : <i>Réalisation partielle</i>. Rédaction d'un cadre de référence pour l'établissement. Diffusion et actualisation du plan d'action à venir • <u>Évaluation de la satisfaction</u> : <i>Réalisation partielle</i>. Actualisation des mécanismes d'évaluation de la satisfaction principalement ciblés sur les programmes internes actuellement. 	●
	<p>3.1.2 Consolider notre prestation de service en lien avec les standards cliniques, les meilleures pratiques et les besoins des usagers</p> <p>Objectif partiellement atteint :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Vision clinique</u> : La vision clinique a été révisée et intégrée au plan d'organisation 2015. La diffusion dans les équipes est en cours. 	

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Encadrement et soutien clinique</u> : les 2 cadres de référence sont en cours de finalisation. Des ressources en encadrement et en soutien ont été ajoutées. P.I : La formation de l'ensemble du personnel s'achèvera fin juin 2015. L'implantation a déjà débuté. • <u>Outil d'évaluation GAIN</u> : il y a actuellement 2 formateurs et 2 utilisateurs de l'outil pour l'établissement. Un comité d'arrimage entre le service d'accueil, d'évaluation et d'orientation et le programme de suivi adulte est en place depuis 2015. Depuis février 2015, une moyenne de 8 à 10 usagers par semaine sont évalués avec l'outil. 	●
--	--	---

3.2 Poursuivre l'intégration et le développement de la mission universitaire

Objectif	<p>3.2.1 Intégrer, à tous les niveaux de l'organisation l'innovation, l'excellence dans les pratiques et le transfert de connaissances</p> <p>Objectif partiellement atteint :</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Meilleures pratiques en parentalité</u> : le PIAF est pérennisé par la Fondation pour 2 années supplémentaires. La conception du programme optimal en parentalité est complétée. Une offre de formation est en cours de finalisation. • <u>Pratiques de pointe et transfert de connaissances</u> : les cadres de référence ont été finalisés. Un 1^{er} appel de projets de pratiques de point a été lancé au printemps 2015. • <u>UETMI</u> : la structure est en place. Le premier projet est en cours avec le soutien du PSI-ETMI, sous l'égide de l'INESSS. 	●
-----------------	---	---

ENJEU 4 : RESSOURCES HUMAINES

4.1 Favoriser le développement des compétences au sein de l'organisation

Objectif	<p>4.1.1 Revoir et mettre en place le PDRH</p> <p>Objectif suspendu : l'adoption de la loi modifiant l'organisation de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux a rendu cet objectif caduc.</p>	●
-----------------	---	---

4.2 Attirer et retenir du personnel compétent

Objectif	<p>4.2.1 Devenir un employeur de choix</p> <p>Objectif partiellement atteint :</p> <ul style="list-style-type: none">• <u>Entreprise en santé</u> : la démarche est en grande partie complétée. Le comité santé mieux-être est en place et plusieurs activités du plan d'action mises en place. La certification du Bureau National du Québec est à prévoir pour août 2015.• <u>Révision des mécanismes d'accueil et d'orientation</u> : les actions prévues dans le plan d'action découlant du projet Lean spécifique à l'accueil et l'orientation des infirmières ont été mises en place. Un nouveau programme de préceptorat infirmier a également été mis en place.	
----------	--	---

**TABLEAU DE BORD STRATÉGIQUE
DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**

ACCESSIBILITÉ

- 1 Taux de croissance du nombre d'utilisateurs différents rencontrés (Cible 14-15 = maintien ou augmentation) ★
- 2 Taux de croissance du nombre d'interventions réalisées (Cible 14-15 = maintien ou augmentation) ★
- 3 Pourcentage d'évaluations spécialisées réalisées dans un délai de 15 jours ouvrables (Cible 14-15 = 80%) ★ → *indicateur d'entente de gestion*
- 4 Pourcentage d'assignations dans les sous-programmes des services externes pour lesquelles une intervention a été réalisée dans un délai moyen inférieur à 28 jours ouvrables (Cible 14-15 = 90%) ★
- 5 Pourcentage d'utilisateurs ayant attendu 21 jours ouvrables ou moins entre la date d'assignation à un programme ou service interne et l'admission (Cible 14-15 = 95%) ★

CONTINUITÉ

- 6 Taux de croissance des PSI (Cible 14-15 = augmentation de 5% par année)
- 7 Taux de croissance des références en provenance des CSSS (Cible 14-15 = augmentation de 5% par année)

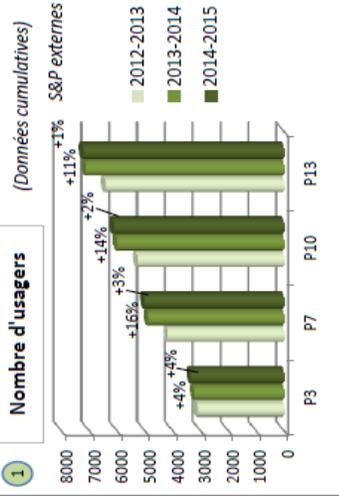
QUALITÉ

- 8 Taux de satisfaction des usagers (Cible 14-15 = maintien entre 85 et 95%)
- 9 Taux de PI complétés (Cible 14-15 = augmentation de 5% par année) ★
- 10 Proportion d'épisodes de services de plus de 3 mois (Cible 14-15 = augmentation de 1% par année)

RESSOURCES HUMAINES

- 11 Taux de roulement (Cible 14-15 = atteindre un taux de 8%)
- 12 Moyenne (en %) des 6 énoncés de mobilisation du personnel (Cible 14-15 = maintien ou augmentation)

1 Nombre d'utilisateurs



3 % évalués - de 15 j.

Cible=80%	2013-2014	2014-2015
P3	68	83
P7	78	84
P10	80	85
P13	81	86

> = 80 < 80 et > = 75 < 75

4 % d'attente - de 28j. serv. ext.

Cible=90%	2013-2014	2014-2015
P3	83	84
P7	83	84
P10	84	84
P13	85	84

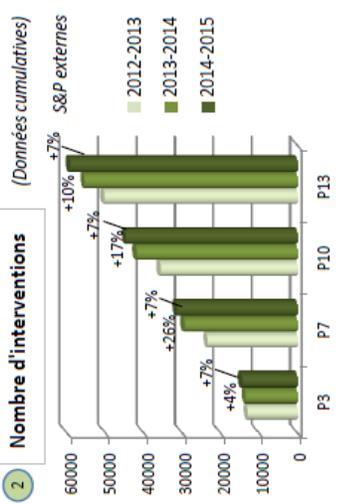
> = 90 < 90 et > = 80 < 80

5 % d'attente - de 21j. serv. int.

Cible=95%	2013-2014	2014-2015
P3	89	91
P7	89	87
P10	87	87
P13	91	87

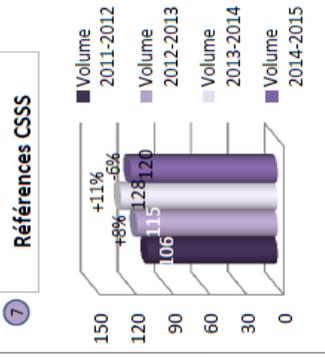
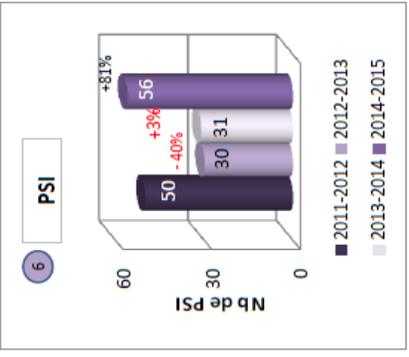
> = 95 < 95 et > = 85 < 85

2 Nombre d'interventions



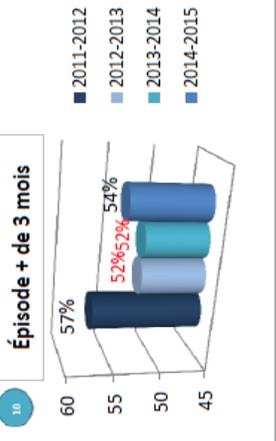
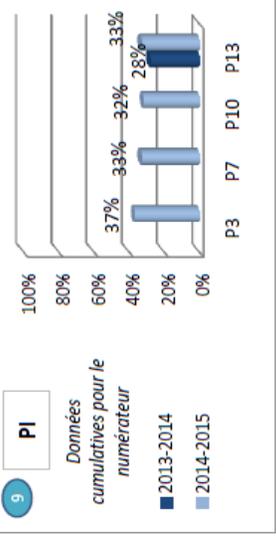
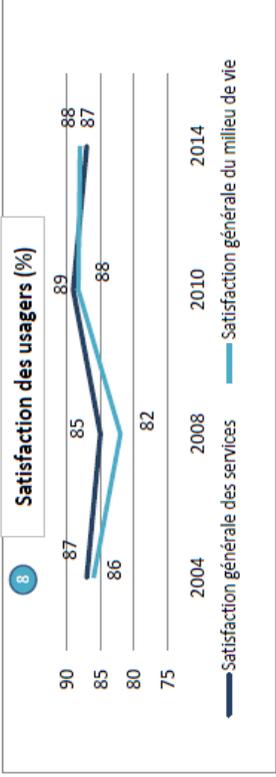
CONTINUITÉ

6 PSI



ACCESSIBILITÉ

8 Satisfaction des usagers (%)



QUALITÉ

11 Taux de roulement

Année	Taux de roulement
31/03/2012	12,66
31/03/2013	12,85
31/03/2014	10,96
31/03/2015	9,10

Légende: < 7,99 (rouge), < 12 et > = 7,99 (jaune), > = 12 (vert)



RESSOURCES HUMAINES

Bilan des recommandations de l'agrément au 31 mars 2015

Recommandation		Échéancier	Réalisation
1	<ul style="list-style-type: none"> Diffuser auprès du personnel l'engagement qualité et s'assurer de son appropriation. 	2016	●
2	<ul style="list-style-type: none"> S'assurer que la mise en place de nouveau programme soit accompagnée d'un mécanisme d'évaluation. Procéder à l'évaluation des programmes selon un calendrier établi. 	2016	●
3	<ul style="list-style-type: none"> S'assurer de la diffusion et de l'utilisation des sondages en lien avec l'amélioration continue de la qualité et dans le but de bonifier les pratiques professionnelles. 	2016	●
4	<ul style="list-style-type: none"> Se doter d'un règlement sur la recherche adopté par le conseil d'administration. 	2016	●
5	<ul style="list-style-type: none"> Se doter d'une politique de l'innovation et d'une structure de gestion de projets permettant de supporter les orientations. 	2016	●
6	<ul style="list-style-type: none"> Diffuser la philosophie de gestion auprès du personnel. S'assurer de son appropriation par l'ensemble du personnel. 	2016	●
7	<ul style="list-style-type: none"> Systématiser les mécanismes de probation ainsi que celui de supervision du personnel administratif. S'assurer de la mise en place de mécanismes de suivi. 	2014	●
8	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer et systématiser l'application de mécanismes permettant le suivi des activités de formation, l'appropriation et le transfert des acquis. 	2016	●
9	<ul style="list-style-type: none"> Diffuser la fréquence des interventions pour chacune des routes de travail à l'ensemble des équipes. Se donner des mécanismes de contrôle afin de s'assurer de son application. 	2014	●
10	<ul style="list-style-type: none"> Consolider le déploiement des équipements informatiques auprès de l'ensemble du personnel de façon à améliorer la qualité des services. 	2016	●
11	<ul style="list-style-type: none"> Compléter les politiques et procédures de la gestion de la documentation. Diffuser les politiques et procédures. Se donner les mécanismes de suivi permettant de s'assurer de leur application dans l'ensemble des secteurs. 	2014	●
12	<ul style="list-style-type: none"> Réviser la politique d'appréciation de la contribution en le distinguant d'un processus d'identification des besoins de développement des compétences. 	30 juin 2013	● Portion suivi

	<ul style="list-style-type: none"> L'adapter en fonction des différentes catégories du personnel (personnel administratif et clinique), et d'en faire rapport au CQA au 30 juin 2013. 		au CQA réalisée
13	<ul style="list-style-type: none"> Se doter d'un cadre de référence clarifiant le concept de la supervision professionnelle. Identifier les modalités et les activités de supervision. Identifier les mécanismes de suivi en garantissant l'actualisation uniforme à travers l'ensemble des programmes et, de faire rapport de l'avancée des travaux en juin 2013. 	Juin 2013	 Portion suivi au CQA réalisée
14	<ul style="list-style-type: none"> Définir les orientations relatives à l'utilisation des ressources bénévoles. 	2016	
15	<ul style="list-style-type: none"> S'assurer de l'application de manière uniforme des activités reliées à la cueillette et au traitement des insatisfactions. 	2016	
16	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place les mécanismes de contrôle permettant de s'assurer de l'appropriation des guides et des protocoles par le personnel concerné. 	2016	
17	<ul style="list-style-type: none"> Diffuser le plan des mesures d'urgence à l'ensemble du personnel 	2013	



Recommandation complétée



Recommandation partiellement complétée



Recommandation non débutée ou suspendue

Bilan de l'entente de gestion et d'imputabilité au 31 mars 2015

Indicateur	Cible 2014-2015	Résultat au 31 mars 2015
DÉPENDANCE		
1.07.04-PS Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	80%	86%
Nombre de références vers le Mécanisme d'accès en toxicomanie pour les jeunes âgés de moins de 18 ans de la région de Montréal	Augmentation	Volet francophone : 353 (-36) Volet anglophone : 137 (-56)
RESSOURCES HUMAINES		
3.01-PS Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	7,2%	7,26%
3.08-PS Avoir mis à jour le plan de main d'œuvre de l'établissement		Suspendu
3.09-PS Avoir complété trois démarches (projets) concertées de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	3	2 terminés et 2 en cours
3.13-PS Être accrédité par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail (établissement promoteur de santé, Entreprise en santé, Planetree)		En cours (certification prévue pour août 2015)
Autres indicateurs		
Taux de dépenses administratives	5,39%	5,36%

Coût unitaire brut de l'intervention	181,25 \$	199,98 \$
--------------------------------------	-----------	-----------

Bilan en matière d'examen des plaintes

Rapport d'activités — 2014-2015

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, Monique Perras

1. Traitement des plaintes

La commissaire s'est impliquée dans le traitement de onze (11) dossiers :

- trois (3) plaintes en cours de traitement au début de l'exercice dont deux (2) donnent lieu à des mesures correctives par l'instance concernée : l'une mène à un changement d'intervenant et l'autre propose à l'intervenant un accompagnement au plan clinique
- huit (8) plaintes reçues en cours d'exercice :
 - la 1re plainte fait référence aux soins et services dispensés : l'utilisateur dénonce la gestion de sa médication. Complétée avec mesures : audits de dossiers sur la pratique professionnelle et maintien d'une surveillance clinique étroite du professionnel concerné ;
 - la 2e plainte, abandonnée par l'utilisateur, faisait état d'un abus d'autorité de la part de l'intervenant ;
 - la 3e plainte, abandonnée par l'utilisateur, soulignait le manque d'expérience de vie des employés et leur attitude hautaine envers les usagers dans leurs interventions ;
 - la 4e plainte fait référence aux interventions : l'utilisateur se plaint du laisser-faire des intervenants face aux interactions des usagers entre eux. Complétée sans mesure avec explication fournie à l'utilisateur ;
 - la 5e plainte dénonce le manque d'écoute de la personne qui reçoit la demande de l'utilisateur. Complétée sans mesure avec explication fournie à l'utilisateur ;
 - la 6e plainte fait référence à la compétence professionnelle et technique des intervenants jugés trop jeunes et sans formation. Plainte rejetée sur examen sommaire ;
 - la 7e plainte comprend trois (3) objets de plainte : la compétence technique et professionnelle, le respect et l'approche thérapeutique : l'utilisateur met en doute la compétence de l'intervenant, réprovoque l'habillement de l'utilisateur et prétend une

intervention mensongère de la part de l'intervenant. Plainte abandonnée par l'utilisateur ;

- la 8e plainte a pour objet l'approche thérapeutique; elle se conclut par une mesure corrective laquelle est une démarche d'encadrement de l'intervenant.

2. Traitement des demandes d'assistance

La commissaire a donné suite à une (1) demande de l'exercice financier 2013-14 concernant l'accès à un service. Cette demande s'est conclue par une démarche d'amélioration de service. La commissaire a répondu, au cours de l'année 2014-15, à neuf (9) demandes :

- sept (7) concernent l'accessibilité aux services (refus de service, difficulté d'accès, délai, absence de ressource);
- une (1) est en lien avec l'évaluation de la conduite automobile ;
- une (1) réfère aux droits particuliers/consentement libre et éclairé aux services ;

La commissaire est appelée relativement à ces demandes, à clarifier et commenter la situation auprès de l'utilisateur, à fournir à l'utilisateur de l'information complémentaire, à faciliter la liaison de l'utilisateur avec le programme ou le service concerné ou à l'aider dans l'obtention d'un soin ou d'un service.

3. Commentaires

Depuis quelques années, le nombre de dossiers traités par année se situe entre 14 et 19. La moyenne se maintient cette année : fin de trois (3) dossiers de plainte et d'une (1) demande d'assistance ouverts à l'exercice précédent et ouverture de dix-sept (17) nouveaux dossiers (8 plaintes et 9 assistances). Outre le traitement des insatisfactions des usagers, la commissaire maintient une collaboration avec le Comité des usagers et fait état de ses activités au Comité de vigilance du conseil d'administration.

CONSEILS ET COMITÉS CRÉÉS EN VERTU DE LA LSSSS

Conseil d'administration

Noms des administrateurs sortants au 31 mars 2015.

COLLÈGE ÉLECTORAL	NOM	FONCTION
Population	Jean-Pierre Hébert	Administrateur
	Jean-Marie Thibault ^{(1), (3), (4), (5)}	Président
Usagers	Chantale Amyot ⁽³⁾	Administrateur
		Administrateur
Cooptation	Michel Cossette ^{(1), (4) (5)}	Administrateur
	Michael D'Ambra ^{(1), (2), (4)}	Trésorier
	Patrice Lacroix	Administrateur
	André Landry ⁽²⁾	Administrateur
	Catherine Leblanc	Administrateur
	Serge Ryan ⁽²⁾	Administrateur
Fondation	Jean Bergeron ⁽⁵⁾	Administrateur
Agence	Carol Ladouceur ⁽³⁾	Administrateur
	Monique Chicoyne	Administrateur
Personnel non clinique	Sylvie St-Pierre	Administrateur
Conseil Multidisciplinaire	Marie-Claude Pominville	Administrateur
		Administrateur
		Administrateur
Conseil des infirmiers et des infirmières		
Université	Serge Brochu	Administrateur
	Lise Roy ^{(1), (4)}	Vice-présidente
Direction générale	Jacques Couillard ^{(1) (3)}	Secrétaire

(1) Comité exécutif

(2) Comité de vérification

(3) Comité de vigilance et de la qualité des services

(4) Comité d'éthique et de déontologie

(5) Comité d'évaluation de la direction générale

Conseil des infirmières et infirmiers

Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers

Nom
Patricia Beulac, présidente
Valérie Alix, vice-présidente
Catherine Boucher, secrétaire
René Brassard, secrétaire substitut

Conseil multidisciplinaire

Composition du comité exécutif

Nom
Linda Briand
Karine Tremblay
Laurence D'Arcy-Dubois
Geneviève Guimond (vice-présidente)
Marie-Eve Plante (présidente)
Roxane Gervais
Jean-Philippe Langevin
Tania Liby
Jacques Couillard (DG)
Annie Sapin-Leduc (DSPMU)

Comité des usagers et des résidents

Composition du comité exécutif

Nom	Fonction
Chantale Amyot	présidente
Franca-Bianca Carducci	vice-présidente
Alain Grenier	secrétaire (jusqu'au 23 janvier)
Claude Abel	trésorier
Jean Tremblay	conseiller et, secrétaire (à partir du 23 janvier)
Marc Roberge	Soutien
Claude Rivard	Soutien

Comité de vigilance et de la qualité des services

Nom	Fonction
Chantale Aymot	Administratrice
Carol Ladouceur	Vice-présidente
Monique Perras	Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
Jacques Couillard	Directeur général et secrétaire
Jean-Marie Thibault	Président

Comité de gestion des risques et de la qualité

Nom	Fonction
Chantale Amyot	Représentante du comité des usagers
Diane Babin	Représentante des partenaires RA-RI et RC
Véronique Bérubé	Représentante de la DSAFTI
Mélanie Cantin	Représentante du conseil multidisciplinaire
Anne Daneau	Représentant de la DRHDO
Marie Lecavalier	Représentante du comité de gestion de la DSC
Marie-Claude Pominville	Gestionnaire de risque, responsable du comité
Monica Reyes	Représentant du conseil multidisciplinaire
Annie Sapin Leduc	Directrice des services professionnels et de la mission universitaire
Isabelle Thibault	Représentante du conseil des infirmiers et des infirmières
Monique Perras	Invitée - Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Sommaire des incidents et des accidents

Les rapports générés par le SISSS pour l'année 2014-2015 font état de **227** déclarations, dont **91** incidents, **134** accidents et **2** événements indéterminés. En **2013-2014**, pour cette période, **245** déclarations nous ont été rapportées et analysées, dont **128** incidents, **116** accidents et **1** événement indéterminé (conséquence non connue).

Nous observons dans l'ensemble pour l'année une légère diminution de la déclaration en comparaison à l'année précédente. Si le profil de déclaration d'une année à l'autre demeure le même, plus d'événements ont été rapportés en lien aux événements Autres types (55 %) et à la

médication (21 %) et moins en lien aux chutes (7,9 %). Au niveau de la gravité des événements, sont observés spécifiquement:

- 83 % des événements Autres types qui s'avèrent des incidents ou des accidents sans conséquences
- une augmentation pour les événements de gravité E2 dont plus de la moitié de nature Autres types;
- une diminution des événements de gravité E1 dont la moitié de nature Autres types;
- une légère augmentation des événements en lien à la médication dont plus de la moitié des accidents sans conséquences (gravité C).

La culture de la déclaration se maintient dans l'établissement notamment pour les événements *Autres types*. Le personnel des services et des programmes sont régulièrement informés du bilan des événements déclarés dans leur secteur d'activités.

Enfin, même si l'année a connu une légère baisse des événements déclarés, les statistiques des quatre dernières années démontrent une augmentation des événements déclarés. Les événements Autres types, Médicament et Chute demeurent les événements les plus importants en nombre.

Travaux d'identification et d'analyse des risques d'incident ou d'accident

✓ Les événements

Cette année, les événements qui ont retenu l'attention du comité

- **Les événements de *Autres types***: erreurs en lien au dossier (classement, perte de documents), bris de confidentialité, code d'urgence non signalé, bris de vitre, seringues souillées trouvées dans la poubelle, consommation sur place, circulation des usagers dans un accès non autorisé, non-respect du protocole punaise, événements en lien à des activités avec les enfants (blessures mineures, désorganisation);
- **Les 2 événements de statut de gravité F** (accident entraînant des conséquences temporaires exigeant des soins/traitements supplémentaires spécialisés avec hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation) : intoxication sur place par injection d'une drogue par intraveineuse, convulsion;

- **Les 13 événements de statut de gravité E2** (accident résultant en des conséquences temporaires et nécessitant des soins/traitements spécialisés sans hospitalisation/prolongation hospitalisation) : bris de vitre au service d'accès Urgence, évaluation erronée du sevrage, convulsions, usager intoxiqué sur place, infection de peau au visage, usagers somnolents (transfert en CH);
- **Les 11 événements de statut de gravité E1** (accident résultant en des conséquences temporaires et exigeant des soins/traitements non spécialisés, sans hospitalisation/prolongation d'hospitalisation) : non livraison de dose de méthadone, chutes, dose erronée d'insuline, douleur à la poitrine, automutilation (nuit), problèmes techniques de transfert téléphonique;
- **Les 47 événements en lien à la médication** La majorité des événements en lien à la médication ont été de statut de gravité C (atteint la personne mais ne lui cause pas de conséquences). Les événements sont rapportés principalement dans les services 24/7 aux programmes Désintoxication et Réadaptation interne Jeunesse et Adulte: erreurs en lien à la retranscription, administration de médication non prescrite, erreur d'identification de la personne, erreur d'administration de la médication, dosette non remplie, erreurs de dosage, non disponibilité de la médication, non-respect des procédures. Afin de mieux cibler les améliorations spécifiques, une analyse avec la responsable des soins infirmiers et l'assistante au supérieur immédiat de l'urgence et de la désintoxication a été recommandée et actualisée (recommandations à venir);
- **Les chutes** qui se sont principalement produites au programme Désintoxication et au service d'accès de l'Urgence.

✓ **Mesures de soutien apportées à la victime**

Des mesures de soutien ont été apportées de façon adaptée au type et à la gravité des événements. Certains événements ont fait l'objet de mesures plus soutenues particulièrement ceux en lien à des convulsions, chutes et à une intoxication par intraveineuse sur place.

Travaux au cours de l'année

Guide de prévention des chutes

Les chutes demeurent parmi les événements les plus déclarés. En suivi à la recommandation du comité dans son rapport annuel 2011-2012 d'élaborer un programme de prévention des chutes, la gestionnaire de risques et la responsable des soins infirmiers ont finalisé les documents suivants au cours de l'année : un dépliant pour sensibiliser la clientèle sur les facteurs de risques et de protection en lien aux chutes et un guide de prévention des chutes, encadrant la pratique clinique pour le personnel. Le guide sera diffusé au personnel clinique au printemps 2015 et le dépliant disponible à la clientèle à l'été 2015. Le personnel infirmier pourra évaluer le risque de chute à l'aide d'un questionnaire à l'annexe 3 de l'évaluation en soins infirmiers et le personnel psychosocial pourra collaborer à l'identification de la clientèle à risque de chutes.

Informations transmises et formation

Diverses informations ont été transmises par la gestionnaire de risques au cours de l'année aux gestionnaires et précisément à la direction des services à la clientèle et aux équipes, dans la perspective d'identifier des cibles d'amélioration aux secteurs d'activités. Par ordre chronologique, les activités se résument comme suit :

- Le bilan des activités du comité de gestion des risques envoyé aux gestionnaires de la direction des services à la clientèle au mois de mai 2014;
- Un rappel sur les consignes spécifiques d'utilisation du nouveau formulaire acheminé à tous au mois de mai 2014 et une formation en ligne mise à la disposition du personnel;
- Le bilan annuel des événements déclarés pour l'année 2013-2014 envoyé à tous en juillet 2014;
- Une formation offerte au nouveau personnel le 9 septembre 2014;
- Un rappel sur les éléments nécessaires pour une identification juste d'un usager en février 2015;
- Un rappel sur l'importance de bien identifier le destinataire sur les enveloppes du courrier interne en février 2015;
- Des bilans sur les événements déclarés envoyés aux gestionnaires en juillet, octobre 2014 et mai 2015;
- Le bilan annuel des événements déclarés pour l'année 2014-2015 envoyé à tous en mai 2015.

Travaux des comités partenaires

Le comité de gestion des risques a suivi les divers travaux des comités partenaires.

Comité paritaire de santé et sécurité au travail

En collaboration avec ce Comité ont été réalisés :

- un suivi du registre des accidents de travail
- un suivi sur les travaux de réaménagement au Programme Jeunesse afin d'assurer la conformité des installations. Ces travaux ont sollicité la collaboration du personnel pour assurer la sécurité des usagers. Les changements ont comporté notamment la localisation du bureau de crise à l'accueil et la salle de bain destinée aux usagers près de la salle d'attente;
- la mise en place d'une politique et procédure sur la dispensation des premiers soins sur les sites du CRDM-IU afin qu'il y ait toujours une personne par site formée sur la réanimation cardio-respiratoire (RCR) et le secourisme en milieu de travail. Des personnes ont été ciblées pour être formées. Concernant spécifiquement la formation RCR, le personnel travaillant de soir et de nuit au point de service Louvain devra obligatoirement avoir reçu cette formation. Une formation RCR a été donnée aux infirmières en juin et novembre 2014;
- la disponibilité de trousse de premiers soins pour le personnel dans les divers sites ;
- une clinique de vaccination contre l'influenza pour les employés en novembre 2014 (vaccination de 100 employés);
- une tournée d'inspection reprise au printemps 2015;
- un suivi des travaux du comité sécurité et plan de mesures d'urgence.

Comité sécurité et plan de mesures d'urgence

En collaboration avec ce comité ont été réalisés :

- la mise en place du code blanc (usager violent) qui sera adapté pour chaque service et programme et rédaction d'un projet de politique et procédure. L'appropriation de celui-ci par le personnel demeure l'objectif à poursuivre;
- la formation (en lien à l'implantation du code blanc) pour le personnel des programmes Jeunesse et Itinérance sur la prévention et la gestion des comportements d'agression (PGCA);
- les activités de sensibilisation sur les mesures d'urgence pour les équipes. Des rappels réguliers ont été faits dans les rencontres d'équipe et des exercices d'évacuation effectués;
- la complétion d'un plan de communication sur les mesures d'urgence. Tous les codes ont été inscrits sur une affiche (pense-bête) mise en circulation au printemps (collé sur les appareils

téléphoniques), icône installée sur le bureau (ordinateurs) de chacun. Sondage à venir pour les besoins de formation.

Prévention et contrôle des infections

En collaboration avec la responsable des soins infirmiers, ont été réalisés :

- un dépôt et approbation par le comité de direction du guide de prévention et du contrôle des infections;
- l'élaboration d'un document aide-mémoire sous forme de calendrier intitulé « Abrégé de prévention et contrôle des infections » en soutien au personnel des services et programmes. Élaboration d'un plan de communication destiné aux intervenants incluant le personnel de l'entretien;
- la disponibilité dans chaque service et programme du guide et de l'aide-mémoire sous forme de calendrier sur la prévention et le contrôle des infections;
- la mise à jour du guide de prévention sur l'infestation de punaises, afin de l'adapter à l'ensemble des services et programmes. Les mesures de contrôle telles la machine à vapeur et les pièges à punaises se sont avérées efficaces. Des rappels auprès des équipes ont été effectués sur les mesures de détection;
- le projet de politique et procédure sur l'exposition accidentelle aux liquides biologiques;
- la complétion du protocole d'intervention en cas de présence au virus Ébola;
- un rappel sur la disponibilité des masques à la réception pour les usagers affectés par la toux et une vérification des affiches sur les consignes suggérées à la clientèle et les locaux où ces masques sont disponibles;
- les informations transmises à l'une de nos ressources intermédiaires de type familial sur la machine à vapeur pour enrayer les punaises. Cette problématique demeure une préoccupation quotidienne de gestion.

RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

Fonctions	Nombre
Cadres	18
Cadre à temps partiel	1,2
Employés régulier	
Temps complet	157
Temps partiel	74,21
Occasionnels	
Nb d'heure rémunérées au cours de l'exercice	225671,75
ETC	123,59
TOTAL	403

LOI SUR LA GESTION ET LE CONTRÔLE DES EFFECTIFS DES MINISTÈRES, DES ORGANISMES ET DES RÉSEAUX DU SECTEUR PUBLIC AINSI QUE DES SOCIÉTÉS D'ÉTAT

L'établissement a respecté la cible d'effectif fixée par le MSSS.

Analyse du contrôle des effectifs		
Heures rémunérées		
Janvier à mars 2014	Janvier à mars 2015	Variation
155 800	155 848	0,0 %

Contrats de services

L'établissement n'a aucun contrat de services de 25000\$ ou plus entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2015.

ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS D'OPÉRATIONS

ÉTAT DES RÉSULTATS – TOUS LES FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2015

	Budget	Fonds d'exploitation		Fonds d'immobilisations	Total	
		Activités principales exercice courant	Activités accessoires exercice courant	Exercice courant	Exercice courant	Exercice précédent
REVENUS						
Subvention Agence et MSSS	32 159 871 \$	25 510 212 \$	5 102 056 \$	1 565 095 \$	32 177 363\$	32 436 268\$
Subvention Gouvernement du Canada	356 501 \$	311 534 \$			311 534 \$	311 338 \$
Contributions des usagers	147 768 \$	140 163 \$			140 163 \$	143 657 \$
Recouvrements	441 496 \$	504 388 \$			504 388 \$	397 374 \$
Donations	46 857 \$	62 244 \$	5 038 \$	985 \$	68 267 \$	106 738 \$
Revenus de placement	25 000 \$	30 402 \$			30 402 \$	23 784 \$
Revenus de type commercial	135 000 \$		111 823 \$		111 823 \$	131 730 \$
Autres revenus	2 037 475 \$	234 442 \$	1 356 355 \$	1 527 \$	1 592 324\$	1 913 835\$
TOTAL DES REVENUS	<u>35 349 968 \$</u>	<u>26 793 385 \$</u>	<u>6 575 272 \$</u>	<u>1 567 607 \$</u>	<u>34 936 264\$</u>	<u>35 464 724\$</u>
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	22 672 073 \$	20 586 213 \$	2 279 509 \$		22 865722\$	22 593 272\$
Médicaments et fournitures médicales	40 100 \$	38 062 \$			38 062 \$	39 223 \$
Denrées alimentaires	123 355 \$	125 330 \$			125 330 \$	125 656 \$
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	958 504 \$	931 046 \$			931 046 \$	910 060 \$
Frais financiers	300 000 \$			307 670 \$	307 670 \$	279 805 \$
Entretien et réparations, y	401 376 \$	132 698 \$		65 222 \$	197 920 \$	358 667 \$

compris dépenses non capitalisables –fonds d'immobilisations						
Loyer	3 153 921 \$	3 060 055 \$			3 060 055\$	3 311 918\$
Amortissement des immobilisations	1 200 000 \$			1 321 613 \$	1 321 613\$	1 166 415\$
Perte sur disposition d'immobilisations						2 986 \$
Autres charges	6 191 796 \$	2 111 698 \$	4 184 960 \$		6 296 658\$	6 376 564\$
TOTAL DES CHARGES	<u>35 041 125 \$</u>	<u>26 985 102 \$</u>	<u>6 464 469 \$</u>	<u>1 694 505 \$</u>	<u>35 144 076\$</u>	<u>35 164 566\$</u>
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	<u>308 843 \$</u>	<u>(191 717) \$</u>	<u>110 803 \$</u>	<u>(126 898) \$</u>	<u>(207 812) \$</u>	<u>300 158 \$</u>

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

Exercice terminé le 31 mars 2015

	Fonds		Total	
	Exploitation	Immobilisations	Exercice courant	Exercice précédent
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	883 034 \$	401 385 \$	1 284 419 \$	693 154 \$
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures				291 107 \$
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS	<u>883 034 \$</u>	<u>401 385 \$</u>	<u>1 284 419 \$</u>	<u>984 261 \$</u>
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	<u>(80 914)\$</u>	<u>(126 898)\$</u>	<u>(207 812)\$</u>	<u>300 158 \$</u>
TRANSFERTS INTERFONDS	<u>(110 012)\$</u>	<u>110 012 \$</u>	<u>0 \$</u>	<u>0 \$</u>

SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	<u>692 108 \$</u>	<u>384 499\$</u>	<u>1 076 607 \$</u>	<u>1 284 419 \$</u>

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE – TOUS LES FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2015

	Fonds		Total	
	Exploitation	Immobilisations	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse	3 180 747 \$		3 180 747 \$	2 255 291 \$
Débiteurs- Agence et MSSSS	473 912 \$	88 463 \$	562 375\$	1 026 353 \$
Autres débiteurs	486 658 \$	38 571 \$	525 229 \$	1 034 366 \$
Créances interfonds (dettes interfonds)	299 534 \$	(299 534) \$		
Subvention à recevoir – réforme comptable	1 983 097 \$	5 169 255 \$	7 152 352 \$	6 284 300 \$
Frais reportés liés aux dettes		51 167 \$	51 167 \$	44 823 \$
Autres éléments	36 808 \$		36 808 \$	33 663 \$
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS	<u>6 460 756 \$</u>	<u>5 047 922\$</u>	<u>11 508 678 \$</u>	<u>10 678 796 \$</u>
PASSIFS				
Emprunts temporaires		472 051 \$	472 051 \$	1 819 464 \$
Autres créditeurs et charges à payer	2 727 252 \$		2 727 252 \$	2 494 008 \$
Avances de fonds en provenance de l'Agence- enveloppes décentralisées		472 615 \$	472 615 \$	1 243 789 \$
Intérêts courus à payer		88 462 \$	88 462 \$	78 205 \$

Revenus reportés	723 239 \$	7 017 \$	730 256 \$	612 920 \$
Dettes à long terme		11 856 403 \$	11 856 403 \$	9 175 603 \$
Passif au titre des avantages sociaux futurs	2 393 510 \$		2 393 510 \$	2 381 717 \$
Autres éléments	21 313 \$		21 313 \$	23 821 \$
TOTAL DES PASSIFS	<u>5 865 314 \$</u>	<u>12 896 548 \$</u>	<u>18 761 862 \$</u>	<u>17 829 527 \$</u>
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	<u>595 442 \$</u>	<u>(7 848 626) \$</u>	<u>(7 253 184) \$</u>	<u>(7 150 731) \$</u>
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations		8 233 125 \$	8 233 125 \$	8 361 320 \$
Frais payés d'avance	96 666 \$		96 666 \$	73 830 \$
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	<u>96 666 \$</u>	<u>8 233 125 \$</u>	<u>8 329 791 \$</u>	<u>8 435 150 \$</u>
SURPLUS CUMULÉS	<u>692 108 \$</u>	<u>384 499 \$</u>	<u>1 076 607 \$</u>	<u>1 284 419 \$</u>

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)- TOUS LES FONDS

Exercice terminé le 31 mars 2015

	Budget	Fonds		Total	
		Exploitation	Immobilisations	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(6 602 319) \$	809 204 \$	(7 959 935) \$	(7 150 731) \$	(6 216 074) \$
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures					291 107 \$

ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ	<u>(6 602 319) \$</u>	<u>809 204 \$</u>	<u>(7 959 935) \$</u>	<u>(7 150 731) \$</u>	<u>(5 924 967) \$</u>
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE		<u>(80 914) \$</u>	<u>(126 898) \$</u>	<u>(207 812) \$</u>	<u>300 158 \$</u>
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS					
Acquisitions			(1 193 418) \$	(1 193 418) \$	(2 730 111) \$
Amortissement de l'exercice			1 321 613 \$	1 321 613 \$	1 166 415 \$
(Gain)/Perte sur dispositions					2 984 \$
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS			<u>128 195 \$</u>	<u>128 195 \$</u>	<u>(1 560 712) \$</u>
VARIATIONS DUES AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE					
Acquisition de frais payés d'avance					
Utilisation des frais payés d'avance		(22 836) \$		(22 836) \$	34 790 \$
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE		<u>(22 836) \$</u>		<u>(22 836) \$</u>	<u>34 790 \$</u>
Autres variations des surplus (déficits) cumulés		<u>(110 012) \$</u>	<u>110 012 \$</u>		
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)		<u>(213 762) \$</u>	<u>111 309 \$</u>	<u>(102 453) \$</u>	<u>(1 225 764) \$</u>
ACTIFS FINANCIERS	<u>(6 602 319) \$</u>	<u>595 442 \$</u>	<u>(7 848 626) \$</u>	<u>(7 253 184) \$</u>	<u>(7 150 731) \$</u>

NETS (DETTE NETTE)					

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

Exercice terminé le 31 mars 2015

	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
Surplus (déficit) de l'exercice	(207 812) \$	300 158 \$
Éléments sans incidence sur la trésorerie :		
Frais payés d'avance	(22 836) \$	34 790 \$
Perte sur disposition d'immobilisations		2 984 \$
Amortissement des immobilisations	1 321 613 \$	1 166 415 \$
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	8 099 \$	6 142 \$
Subvention à recevoir – réforme comptable – immobilisations	(874 209)\$	(1 222 390)\$
Autres		291 107\$
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie	432 667 \$	279 048 \$
Variation des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement	575 074 \$	360 705 \$
Flux de trésorerie liés aux activités de fonctionnement	<u>799 929 \$</u>	<u>939 911 \$</u>
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Acquisitions d'immobilisations	(1 193 418)\$	(2 730 111)\$
Flux de trésorerie liés aux activités d'investissement en immobilisations	<u>(1 193 418)\$</u>	<u>(2 730 111) \$</u>
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		

Variations des dettes :		
Emprunts effectués – Dettes à long terme	3 073 131 \$	1 545 433 \$
Emprunts remboursés – Dettes à long terme	(392 331)\$	(330 514)\$
Capitalisation de l'escompte et de la prime	(14 444)\$	(6 645)\$
Emprunts temporaires effectués – fonds d'immobilisations	1 737 458 \$	2 025 831 \$
Emprunts temporaires effectués – refinancement fonds d'immobilisations	(3 084 871)\$	(1 545 433)\$
Flux de trésorerie liés aux activités de financement	<u>1 318 943 \$</u>	<u>1 688 672 \$</u>
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	925 454\$	(101 528)\$
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	2 255 293 \$	2 503 812 \$
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	<u>3 180 747 \$</u>	<u>2 402 284 \$</u>
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT :		
ENCAISSE	<u>3 180 747 \$</u>	<u>2 402 284 \$</u>

Avantage direct ou indirect reçu de la Fondation du Centre de réadaptation en dépendance de Montréal

La Fondation du Centre de réadaptation en dépendance de Montréal est un organisme qui recueille des fonds pour principalement le Centre de réadaptation en dépendance de Montréal et d'autres petits organismes. Les conseils d'administration des deux organismes ont trois membres du conseil d'administration en commun. De plus, la fondation gère un stationnement pour lequel 80% des revenus nets sont remis au Centre de réadaptation en dépendance de Montréal- Institut universitaire. Les dons accordés à l'établissement lui permettent d'engager certaines dépenses.

	FONDS D'EXPLOITATION	
	COURANT	PRÉCÉDENT

Projet volet scolaire 17-24 ans	35 402 \$	48 730 \$
Projet attendre sans décrocher	2 204 \$	21 680 \$
Projet Fen 'ÊTRE- réinsertion moins de 30 ans	14 323 \$	18 177 \$
Projet le jeu chez les personnes retraités	\$	3 096 \$
Projet cyberdépendance	5 038 \$	3 059 \$
Projet Théâtre	6 366 \$	2 808 \$
Activités sportives et artistiques	1 329 \$	0 \$
Autres activités reliées aux usagers dans différents programmes	546 \$	2 228 \$
Projet entourage 6-12 ans	0 \$	2 036 \$
Activités pour des usagers tels que la fête de Noël et cabane à sucre	0 \$	1 948 \$
Projet trajectoire	801 \$	839 \$
Achat d'un DVD au CQDT	\$	500 \$
Trouble spectre de l'autisme	400 \$	0 \$
Remplacement tapis de table de billard RIA-RIJ	349 \$	0 \$
Projet un repas pour aider	524 \$	278 \$
GRAND TOTAL	67 282 \$	105 379 \$

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

À la présidente directrice générale
CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-EST-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation de la dette nette, et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de réadaptation en dépendance de Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 12 juin 2015. Ni ces états financiers ni les états résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre de réadaptation en dépendance de Montréal.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.26) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de réadaptation en dépendance de Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.26) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du Centre de réadaptation en dépendance de Montréal pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 12 juin 2015. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », il s'agit plutôt de

contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pas été déterminées.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de réadaptation en dépendance de Montréal au 31 mars 2015 ainsi que des résultats de ses activités, des surplus cumulés, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Référentiel comptable et restriction à l'utilisation

Notre rapport d'audit sur les états financiers audités, daté du 12 juin 2015, contenait un paragraphe dans lequel nous attirions l'attention sur la note des états financiers décrivant le référentiel comptable appliqué. Les états financiers audités ont été préparés pour permettre au Centre de réadaptation en dépendance de Montréal de se conformer aux exigences en matière d'information financière du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. En conséquence, il est possible que ces états financiers ne puissent se prêter à un usage autre. Étant donné que les états financiers résumés sont tirés des états financiers audités, il est également possible qu'ils ne puissent se prêter à un usage autre. Notre rapport est destiné uniquement au Centre de réadaptation en dépendance de Montréal et au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et ne devrait pas être utilisé par d'autres parties.

Martin & Cie
Par Louis Martin, CPA auditeur, CA

Nom de l'associé responsable : Louis Martin, CPA auditeur, CA

Nom de l'auditeur : MARTIN & CIE

Coordonnées : 1100, rue Notre-Dame
Lachine (Québec) H8S 2C4
(514) 637-7887

Télécopieur : (514) 637-3566

L'auditeur
Comptable professionnel agréé, CA, permis no. 102371
Date : Le 12 juin 2015

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations 1	Année 20XX- XX 2	Nature (R, O ou C) 3	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée 4	État de la problématique au 31 mars 2014		
				R 5	PR 6	NR 7
Signification des codes :						
Colonne 3 :			Colonnes 5, 6 et 7 :			
R : pour réserve			R : Pour réglé			
O : pour observation			PR : pour partiellement réglé			
C : pour commentaire			NR : pour non réglé			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme étant des contrats de location-exploitation alors qu'il s'agit de	2011-2012	R	Aucune, car directive du MSSS			X

contrat de location-acquisition						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Rapport à la gouvernance						

CODE D'ÉTHIQUE

Conformément aux exigences édictées par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le CRDM-IU adoptait au cours de l'an 2000 un *Code d'éthique et de déontologie* qui précise les obligations et devoirs généraux auxquels ses administrateurs doivent se conformer. Ce code traite notamment :

- ✓ des mesures de prévention et des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- ✓ de l'identification de situations de conflits d'intérêts;
- ✓ des pratiques reliées à la rémunération des administrateurs;
- ✓ des devoirs et obligations de ses membres après qu'ils cessent leurs fonctions;
- ✓ des mécanismes d'application, dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Aucune situation litigieuse au regard des règles qui y sont prescrites n'a été rapportée au cours de la dernière année. La version intégrale du *Code d'éthique et de déontologie* est disponible à l'annexe 1 et auprès de la direction générale du Centre au (514) 385-1232.

ANNEXE 1

**CODE D'ÉTHIQUE ET DE
DÉONTOLOGIE APPLICABLE AUX
ADMINISTRATEURS**

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE APPLICABLE AUX ADMINISTRATEURS

Règlement N° 6

Adopté à l'assemblée extraordinaire du conseil d'administration

le 29 avril 2004

Révisé le 17 septembre 2012

Table des matières

Préambule	104
1. Objectif général et champ d'application	104
2. Définitions	106
3. Devoirs et obligations des administrateurs	106
4. Mécanismes d'application du code	110
5. Rôle du président	111
6. Engagements	112
Annexe I - Déclaration des intérêts	113
Annexe II - Serment ou affirmation	117
Annexe III - Serment ou affirmation du responsable de l'application du code	120
Annexe IV - Règlement de régie interne sur la création d'un comité de gouvernance et d'éthique	122

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public représente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Un tel contrat social impose un lien de confiance particulier entre l'établissement et les citoyens.

Une conduite conforme à l'éthique demeure, par conséquent, une préoccupation constante de l'établissement pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics.

Dans le respect des valeurs fondamentales, il est opportun de rassembler dans le présent *Code d'éthique et de déontologie* les principales lignes directrices éthiques et déontologiques auxquelles les administrateurs de cet établissement adhèrent.

1. Objectif général et champ d'application

1.1. Le présent *Code* n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, ni d'établir une liste exhaustive des normes de comportement attendues de l'administrateur. Il cherche plutôt à réunir les obligations et devoirs généraux de l'administrateur. Ce *Code* porte entre autres sur les sujets suivants :

- ✓ Il traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- ✓ Il traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- ✓ Il régit les pratiques reliées à la rémunération des personnes visées;
- ✓ Il traite des devoirs et obligations des administrateurs après qu'ils cessent leurs fonctions.
- ✓ Il prévoit des mécanismes d'application, dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

1.2. Tout administrateur de l'établissement est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la Loi et le présent *Code*. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

- ✓ En cas de doute, l'administrateur doit agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles.
- ✓ L'administrateur est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'établissement, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise.

2. Définitions

2.1. Dans le présent *Code*, à moins que le contexte n'indique un sens différent :

- a) « **Administrateur** » désigne un membre du conseil d'administration de l'établissement, qu'il soit élu ou nommé.
- b) « **Conflit d'intérêts** » s'entend de toute situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de ses obligations d'administrateur en raison du fait que son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt.
- c) « **Entreprise** » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'établissement.
- d) « **Intérêt direct** » s'entend lorsque l'administrateur récolte lui-même les avantages découlant d'une décision prise par le conseil d'administration.
- e) « **Intérêt indirect** » s'entend de l'intérêt du conjoint légal ou de fait, de l'enfant, du père, de la mère, du frère et de la sœur de l'administrateur. Cette notion englobe également le conjoint et l'enfant de ces personnes, de même que l'associé de l'administrateur.

« **Intérêt indirect** » s'entend également de celui d'un organisme sans but lucratif sur le conseil d'administration duquel siège l'administrateur.

3. Devoirs et obligations des administrateurs

3.1. L'administrateur agit dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie

À cette fin :

- 3.1.1. L'administrateur est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- 3.1.2. L'administrateur s'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés par l'établissement.
- 3.1.3. L'administrateur s'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières par l'établissement.
- 3.1.4. L'administrateur s'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines de l'établissement.

3.2. L'administrateur agit avec soin, prudence, diligence et compétence

À cette fin :

Disponibilité et participation active

3.2.1. L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions et prend une part active aux décisions du conseil d'administration.

Soins et compétences

3.2.2. L'administrateur s'assure de bien connaître et de suivre l'évolution de l'établissement. Il se renseigne avant de décider et évite de prendre des décisions prématurées.

Neutralité

3.2.3. L'administrateur exerce son droit de vote de la manière la plus objective possible. Il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit.

Discrétion

3.2.4. L'administrateur doit respecter le caractère confidentiel de l'information qui peut lui être soumise à ce titre dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.

Relations publiques

3.2.5. L'administrateur respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public et il évite toute forme de discrimination ou de harcèlement.

3.2.6. L'administrateur s'efforce de procurer au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir dans les meilleurs délais. S'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le service approprié de l'établissement.

3.2.7. L'administrateur adopte une attitude de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions et évite d'y associer l'établissement.

3.2.8. L'administrateur évite par des écarts de conduite et des propos immodérés de porter atteinte à la réputation de l'établissement.

3.3. L'administrateur agit avec honnêteté et loyauté

À cette fin :

- 3.3.1 L'administrateur agit de bonne foi et au mieux des intérêts de l'établissement et de la population desservie, sans tenir compte de ses intérêts personnels ou de ceux d'aucune autre personne, groupe ou entité.
- 3.3.2. L'administrateur lutte contre et dénonce toute forme d'abus de pouvoir, tels : les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage d'erreurs ou la tromperie de la population.

Conflits de devoirs ou d'intérêts

- 3.3.3. L'administrateur évite des conflits de devoirs ou d'intérêts.
- 3.3.4. Tout administrateur, autre que le directeur général, qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

Le fait d'être actionnaire minoritaire d'une corporation qui exploite une entreprise visée dans le présent article ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette corporation se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette corporation au sens de l'article 89 de la *Loi sur les valeurs mobilières* (L.R.Q., chapitre V-1.1).

- 3.3.5 Le directeur général ne peut, sous peine de déchéance de sa charge, avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'établissement.

Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou, qu'après en avoir informé le conseil d'administration, il en dispose dans les délais fixés par celui-ci.

Le fait pour le directeur général d'être actionnaire minoritaire d'une corporation qui exploite une entreprise visée dans le présent article ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette corporation se transigent dans une bourse reconnue et si le directeur général ne constitue pas un initié de cette corporation au sens de l'article 89 de la *Loi sur les valeurs mobilières* (L.R.Q., chapitre V-1.1).

- 3.3.6. Le directeur général doit, dans les soixante (60) jours qui suivent sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts par le directeur général et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination.
- 3.3.7. Le directeur général doit également déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec un établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de ce contrat.

Exclusivité de fonctions du directeur général

- 3.3.8. **Fonctions exclusives** : Le directeur général doit, sous peine de déchéance de sa charge, s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de sa fonction.

Fonction non rémunérée : Il peut toutefois occuper un autre emploi, charge ou fonction ou fournir un autre service si aucune rémunération ou aucun avantage quelconque, direct ou indirect, ne lui est accordé de ce fait.

Emploi hors du domaine de la santé : Le directeur général peut de même, avec l'autorisation du conseil d'administration, occuper hors du domaine de la santé ou des services sociaux un autre emploi, charge ou fonction ou fournir un autre service pour lequel une rémunération lui est versée ou un avantage quelconque, direct ou indirect, lui est accordé.

Autorisation préalable : Il peut aussi, avec l'autorisation de l'Agence de la santé et de services sociaux et du conseil d'administration, occuper dans le domaine de la santé ou des services sociaux un autre emploi, charge ou fonction ou fournir un autre service pour lequel une rémunération lui est versée ou un avantage quelconque, direct ou indirect, lui est accordé. Toutefois, seule l'autorisation du conseil d'administration est requise, s'il s'agit d'une charge ou d'une fonction occupée au sein d'une association regroupant la majorité des établissements exerçant des activités propres à la mission de centres de même nature ou au sein d'une association de directeurs généraux des services de santé et des services sociaux reconnue par décret à des fins de relations de travail ou au sein d'un organisme d'agrément des établissements.

Autre mandat : Il peut aussi, à la demande du ministre, exercer tout mandat que celui-ci lui confie.

Biens de l'établissement

3.3.9. L'administrateur ne peut utiliser les biens, les ressources ou les services de l'établissement que selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens.

Avantages ou bénéfices indus

3.3.10. L'administrateur doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.

3.3.11. L'administrateur ne peut accepter ni solliciter, directement ou indirectement, aucun avantage ou bénéfice d'une personne ou entreprise faisant affaires avec l'établissement, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

Est notamment considéré comme un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui compromet ou qui est susceptible de compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

3.3.12. L'administrateur autre que le directeur général ne reçoit aucun traitement ou autre avantage pécuniaire à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions, et ce, aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement.

3.3.13. Le directeur général doit s'interdire, sous peine de déchéance de sa charge, d'accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Transparence

3.3.14. L'administrateur doit révéler tout renseignement ou fait aux autres membres du conseil d'administration lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait peut avoir un impact significatif sur la décision à prendre.

Interventions abusives

- 3.3.15. L'administrateur s'abstient de se substituer aux personnes en autorité de l'établissement en s'ingérant dans le processus de gestion du personnel qui ne relève pas de ses prérogatives.
- 3.3.16. L'administrateur s'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme à but non lucratif ou non et l'établissement.
- 3.3.17. L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus pour lui ou le compte d'autrui de ses fonctions antérieures au service de l'établissement.

L'administrateur, après la fin de son mandat :

Agit avec prudence, discrétion, honnêteté et loyauté.

- 3.3.18. Dans l'année suivant la cessation de ses fonctions, l'administrateur ne peut agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'établissement est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.
- 3.3.19. L'administrateur s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, de solliciter un emploi auprès de l'établissement.

4. Mécanismes d'application du code

Introduction d'une demande d'examen

- 4.1. Toute allégation d'inconduite ou de manquement à la Loi ou au présent *Code* visant un administrateur doit être soumise, par écrit, au président du *comité de gouvernance et d'éthique* ou, s'il s'agit de ce dernier, à tout autre membre du comité. La personne à qui cette allégation est transmise en saisit le comité qui doit alors se réunir, au plus tard dans les trente (30) jours suivants.

Le comité peut également examiner, de sa propre initiative, toute situation de comportement irrégulier d'un administrateur.

Examen sommaire

- 4.2. Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du comité peut, sur examen sommaire, rejeter toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du comité lors de la première réunion qui suit. Le comité peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

Tenue de l'enquête

- 4.3. Le comité décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et, dans la mesure du possible, protéger l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

Information de l'administrateur concerné

- 4.4. Au moment qu'il juge opportun, le comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées de la Loi ou du *Code*. À sa demande et à l'intérieur d'un délai raisonnable, l'administrateur a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

Transmission du rapport au conseil

- 4.5. Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la Loi ou le présent *Code* ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il transmet au conseil d'administration un rapport contenant un sommaire de l'enquête et une recommandation de sanction. Ce rapport est confidentiel.

Décision

- 4.6. Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut participer aux délibérations ou à la décision, mais il peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

Sanctions

- 4.7. Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel de l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge.

L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

5. Rôle du président

- 5.1. Le président du conseil d'administration doit trancher toute question relative au droit de voter à une réunion du conseil. Lorsqu'une proposition est reçue par l'assemblée, le président du conseil doit, après avoir entendu, le cas échéant, les représentations des administrateurs quant à leur droit de vote, décider quels sont les membres habilités à délibérer et à voter.

- 5.2. Dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave, qu'il s'agisse d'un manquement à une norme de déontologie, ou d'une infraction criminelle ou pénale, l'administrateur peut être relevé provisoirement de ses fonctions par le président du conseil d'administration.

6. Engagements

- 6.1. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent *code* par le conseil, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu aux annexes I et II du présent *Code*.

Chaque nouvel administrateur doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.

De plus, annuellement ou lors d'un changement, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu à l'annexe I.

Enfin, tout responsable de l'application du Code doit produire, dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction, l'engagement contenu à l'Annexe III du présent Code

ANNEXE AU CODE D'ÉTIQUE

I. DÉCLARATION DES INTÉRÊTS

- **D'un administrateur autre que le directeur général**
- **Du directeur général**

Déclaration des intérêts d'un administrateur autre que le directeur général

Je, _____, administrateur du Centre Dollard-Cormier – IUD (Centre de réadaptation en dépendances), déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés et entreprises commerciales identifiées ci-après et qui font affaire avec l'établissement mentionné ci-haut ou qui sont susceptibles d'en faire.

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées :

2. 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 et qui est partie à un contrat avec l'établissement mentionné ci-haut ou qui est susceptible de le devenir.

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées :

3. J'occupe les emplois suivants :

Préciser l'emploi et nommer l'employeur :

Emplois	Employeurs

En foi de quoi, j'ai signé à _____, le
_____.

Signature de l'administrateur

N.B. Si aucun intérêt à déclarer, indiquer « N/A » signifiant ne s'applique pas.

Déclaration des intérêts du directeur général

Je, _____, directeur général du Centre Dollard-Cormier - IUD (Centre de réadaptation en dépendances), déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est partie à un contrat de services professionnels avec un autre établissement régi par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises ainsi que les établissements concernés :

2. Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est susceptible de conclure un contrat avec un autre établissement régi par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*.

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées :

3. J'occupe un autre emploi auprès d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non.

Préciser l'emploi et nommer l'employeur :

Emplois	Employeurs

En foi de quoi, j'ai signé à _____, le

_____.

Signature du directeur général

N.B. Si aucun intérêt à déclarer, indiquer « N/A » signifiant ne s'applique pas.

II. Serment ou affirmation

- **De l'administrateur**
- **Du directeur général**

Serment ou affirmation de l'administrateur

Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (centre de réadaptation en dépendance)

Serment ou affirmation d'office et de discrétion de l'administrateur

Je, soussigné(e), _____, membre du conseil d'administration de l'établissement ci-haut mentionné, déclare avoir pris connaissance du *Code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs* adopté par le conseil d'administration le 29 avril 2004, et révisé le _____ 2012, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié(e) par chacune de ses dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers l'établissement administré. Il en est de même lorsque j'exerce, à la demande de l'établissement, des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise, ou en est membre.

Dans cet esprit, je m'engage solennellement à remplir fidèlement, impartialement, honnêtement et en toute indépendance, au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et à exercer de même tous les pouvoirs.

De plus, je m'engage solennellement à n'accepter aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli ou accomplirai dans l'exercice de mes fonctions, autre que le remboursement de mes dépenses alloué conformément à la Loi et à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être dûment autorisé, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de ma fonction.

Signé à _____(ville),
le _____(date).

Signature de l'administrateur autre que le directeur général

Serment ou affirmation du directeur général

Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (centre de réadaptation en dépendance)

Serment ou affirmation d'office et de discrétion du directeur général

Je soussigné(e), _____, membre du conseil d'administration de l'établissement ci-haut mentionné, déclare avoir pris connaissance du *Code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs* adopté par le conseil d'administration le 29 avril 2004, et révisé le _____ 2012, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié(e) par chacune de ses dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers l'établissement administré. Il en est de même lorsque j'exerce, à la demande de l'établissement, des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise, ou en est membre.

Dans cet esprit, je jure de remplir fidèlement, impartialement, honnêtement et en toute indépendance, au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.

De plus, je jure que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli ou accomplirai dans l'exercice de mes fonctions, autre que mon salaire et le remboursement de mes dépenses alloué conformément à la Loi et que je ne révélerai et ne laisserai connaître, sans y être dûment autorisé, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de ma fonction.

Signé à _____ (ville), le
_____ (date).

Signature du directeur général

III. Serment ou affirmation

- **du responsable de l'application du code**

Serment ou affirmation du responsable de l'application du code

Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (centre de réadaptation en dépendance)

Serment ou affirmation d'office et de discrétion du responsable de l'application du code

Je, soussigné(e), _____, responsable de l'application du *Code d'éthique et de déontologie*, déclare avoir pris connaissance du *Code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs* adopté par le conseil d'administration le 29 avril 2004, et révisé le _____ 2012, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié(e) par chacune de ses dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers l'établissement administré.

Dans cet esprit, je jure de remplir fidèlement, impartialement, honnêtement et en toute indépendance, au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.

De plus, je jure que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli ou accomplirai dans l'exercice de mes fonctions, autre que le remboursement de mes dépenses alloué conformément à la Loi et que je ne révélerai et ne laisserai connaître, sans y être dûment autorisé, aucun enseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de ma fonction.

Signé à _____(ville), le
_____ (date).

Signature du responsable

IV. Règlement de régie interne sur la création d'un comité de gouvernance et d'éthique

Règlement de régie interne sur la création d'un comité de gouvernance et d'éthique

Création et composition

1. Un *comité de gouvernance et d'éthique* est institué (L.R.Q., chapitre S-4.2, Loi sur les services de santé et les services sociaux, art.181). Il est composé des membres du comité exécutif. Le Président du conseil d'administration agit comme responsable de l'application du code et a la garde de tous les documents s'y rattachant.

Fonctions continuées

2. Les **membres** du comité demeurent en fonction tant qu'ils ne sont pas destitués ou remplacés par résolution du conseil d'administration.

Vacance

3. Toute vacance, en raison notamment d'une démission, d'un décès ou d'une perte de qualité d'un membre, est comblée par résolution du conseil d'administration.

Conservation de la documentation

4. Le comité désigne parmi ses membres, une personne chargée de conserver la documentation. Cette personne conserve notamment les déclarations, divulgations et attestations qui sont transmises au comité ainsi que les rapports, décisions et avis du comité.

Fonctions

5. Le comité de gouvernance et d'éthique a notamment pour fonctions d'élaborer
 - a) des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
 - b) un code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (chapitre M-30) applicable aux membres du conseil d'administration;
 - c) des profils de compétence et d'expérience pour la nomination ou la cooptation des membres indépendants du conseil d'administration avec le souci d'identifier les compétences diversifiées qui sont requises et la représentation souhaitée du milieu en fonction de ses caractéristiques;
 - d) des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration;
 - e) un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration (L.R.Q., chapitre S-4.2, Loi sur les services de santé et les services sociaux, art.181.0.0.1).

6. Le comité de gouvernance et d'éthique exerce aussi les fonctions suivantes :
- Enquêter sur toute allégation ou de sa propre initiative, sur toute situation de manquement, de la part d'un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par la Loi ou par le *Code d'éthique et de déontologie*;
 - Déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non à ces règles;
 - Faire des recommandations sur les sanctions que le conseil d'administration devrait imposer à un administrateur fautif;
 - Faire des recommandations sur les modifications que le conseil d'administration devrait apporter au Code d'éthique et de déontologie;
 - Aviser le conseil d'administration, ou l'un de ses membres, sur toute question reliée à l'éthique et à la déontologie;
 - Produire un rapport annuel de ses activités.

Règles de fonctionnement

7. Sous réserve des dispositions du présent règlement, le comité établit ses propres règles de fonctionnement;

Convocation des réunions

8. Les réunions du comité peuvent être convoquées par l'un ou l'autre des membres du comité, selon la fréquence et les modalités déterminées par le comité.

Abstention d'un membre concerné

9. Un membre du comité ne peut siéger lorsqu'il est impliqué dans une situation soumise à l'attention du comité.

De plus, le membre substitut ne peut siéger qu'en remplacement d'un membre permanent visé au premier alinéa.

Quorum

10. Le quorum aux réunions du comité est constitué de trois (3) membres ayant droit de siéger dont, le cas échéant, la personne désignée pour la conservation de la documentation, sauf si cette personne est impliquée dans une situation soumise à l'attention du comité.

Décisions

11. Les décisions du comité sont prises à la majorité des voix des membres présents.

Lorsque le comité ne peut en arriver à une décision sur une question de sa compétence, un rapport à cet effet est transmis au conseil d'administration qui peut alors rendre cette décision en lieu et place du comité.

Le CIUSSS Centre-Est, une nouvelle organisation avec une couleur et une personnalité uniques...

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec 


Institut universitaire
de gériatrie de Montréal

APPILIÉ À
Université 
de Montréal

**CENTRE DE RÉADAPTATION
EN DÉPENDANCE DE MONTRÉAL**

Institut universitaire




**Centre jeunesse
de Montréal**
Institut universitaire
Affilié à
UQAM Université 
de Montréal

Centre
de réadaptation
Lucie-Bruneau



Centre de santé et de services sociaux
du Sud-Ouest-Verdun




INSTITUT DE RÉADAPTATION
Gingras-Lindsay-de-Montréal


**HÔPITAL CHINOIS
DE MONTRÉAL**
滿地可中華醫院

IRD Institut Raymond-Dewar
Centre de réadaptation spécialisé
en surdité et en communication

Centre de santé et de services sociaux
Jeanne-Mance



Centre affilié universitaire


CRDITED DE MONTRÉAL
CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE
ET EN TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

depuis le 1^{er} avril 2015, ...désormais **NOTRE CIUSSS** Centre-Est !

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

Québec 