



Rapport annuel de gestion 2014-2015

Centre de santé et de services sociaux
du Sud-Ouest–Verdun
du CIUSSS Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal

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



Membre du
Réseau montréalais des CSSS
et des hôpitaux promoteurs de santé
Un réseau fondé par l'OMS



Déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux

Le 30 juin 2015

Québec 

Publication

Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest–Verdun
6161, rue Laurendeau
Montréal (Québec) H4E 3X6
Téléphone : 514 762-2777 Télécopieur : 514 732-5107

Depuis le 1^{er} avril 2015, le CSSS du Sud-Ouest–Verdun fait partie du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal

Production

Direction des Communications et des relations publiques

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN : 978-2-9810920-5-2

Le masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

La reproduction est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

TABLE DES MATIÈRES

1. MESSAGE DES AUTORITÉS.....	3
2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES	5
3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT.....	7
4. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ET PRINCIPALES DONNÉES DE SANTÉ	27
5. LES FAITS SAILLANTS.....	37
6. ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT - BILAN DES RÉALISATIONS DU PLAN STRATÉGIQUE ...	57
7. VOLUME D'ACTIVITÉS 2014-2015	95
8. LES RÉSULTATS OBTENUS EN LIEN AVEC L'ENTENTE DE GESTION 2013-2014	99
9. CONSEILS ET COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX	113
10. LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT	155
11. ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS.....	159
12. CODE DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS	165
ANNEXE 1.....	185
Rapport détaillé des états financiers et état du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant pour l'exercice se terminant le 31 mars 2015	

TABLEAUX

Organigramme	13
Répartition de la population	29
Indices de défavorisation des enfants.....	30
Indices de vulnérabilité des enfants.....	31
Taux d'incidence de cas déclarés par ITSS pour Montréal, le CSSS du Sud-Ouest—Verdun en 2012.....	33
Proportion de la population de 15 ans et plus déclarant avoir un médecin de famille selon l'âge	34
Travaux réalisés dans les sites du CSSS du Sud-Ouest—Verdun en 2015-2015	52
Activités de l'établissement - Orientations 1 à 5	58
Volumes d'activités	96
Les résultats obtenus relativement à l'entente de gestion 2014-2015	100
Déclarations accident/incident par type d'installation.....	145
Déclarations accident/incident par catégorie - Hébergement.....	145
Nombre de déclarations par type et statut en centre d'hébergement	146
Nombre de déclarations par catégorie d'événement et cote de gravité à l'Hôpital de Verdun.....	147
Déclarations accident/incident par catégorie à l'Hôpital de Verdun	147
Incidence des cas d'origine nosocomiale 2014-2015	148
Mesures de la prévention et recommandations	149
Les ressources humaines de l'établissement	156
Analyse du contrôle des effectifs	157
Résultats financiers au 31 mars 2015.....	163
Contrats de services	164

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

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

Le 30 juin 2015

**Déclaration de fiabilité des données contenues
dans le rapport de gestion 2014-2015 et des contrôles afférents**

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2014-2015 du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'établissement ;
- présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus ;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion sont fiables, c'est-à-dire objectives, exemptes d'erreurs et vérifiables, et qu'il en va de même pour les contrôles afférents aux données présentées. Ces données correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

La présidente-directrice générale du CIUSSS du Centre-Est-de l'Île-de-Montréal,



Sonia Bélanger

LE PLUS GRAND DE TOUS LES CSSS SUR L'ÎLE DE MONTREAL

Le Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest–Verdun est le plus grand de tous les CSSS sur l'île de Montréal. Créé en 2004, il regroupe onze installations et un point de services, soit :

- ▲ le CLSC de Saint-Henri et le point de services Saint-Jacques;
- ▲ le CLSC de Verdun;
- ▲ le CLSC de Ville-Émard–Côte-Saint-Paul;
- ▲ l'Hôpital de Verdun;
- ▲ le Centre d'hébergement Champlain;
- ▲ le Centre d'hébergement de Saint-Henri;
- ▲ le Centre d'hébergement des Seigneurs;
- ▲ le Centre d'hébergement du Manoir-de-Verdun;
- ▲ le Centre d'hébergement Louis-Riel;
- ▲ le Centre d'hébergement Réal-Morel;
- ▲ le Centre d'hébergement Yvon-Brunet.

Affilié à l'Université de Montréal, l'établissement dessert plus de 145 608 habitants¹ et compte quelque 4000 employés, 250 médecins omnipraticiens et spécialistes et pas moins de 200 bénévoles.

Le CSSS du Sud-Ouest–Verdun offre une large gamme de services généraux, spécialisés et d'hébergement. Il se distingue également par l'attrait qu'il exerce auprès des étudiants en provenance de l'ensemble des disciplines en santé et en services sociaux, notamment en médecine, en raison de son cadre d'apprentissage stimulant et du haut niveau de son équipe médicale.

LE TERRITOIRE

DES ATTRAITS D'EXCEPTION SUR UN TERRITOIRE EXCEPTIONNEL

Situé à proximité du centre-ville de Montréal, le CSSS du Sud-Ouest–Verdun jouit d'une situation géographique remarquable avec un accès privilégié à de nombreux points d'eau sur le fleuve Saint-Laurent et le canal de Lachine. La population du territoire a aussi accès à un formidable réseau de pistes cyclables qui s'étend sur plusieurs kilomètres et peut compter sur dix stations de métro.

¹ Statistique Canada – Projection 2009 des données du recensement de 2006

Tour à tour, champêtre et urbain, le territoire des arrondissements du Sud-Ouest et de Verdun qui délimite celui de l'établissement, révèle également de nombreux attraits touristiques qui attirent chaque année des visiteurs de toutes les régions du Québec et du monde entier.

Ces dernières années, ce secteur de Montréal a bénéficié d'une véritable cure de renouveau; aménagement des espaces publics et des îlots de verdure, revalorisation des abords du canal de Lachine, développement commercial, rénovation et reconversion de bâtiments anciens en lofts ou en bureaux, autant de transformations majeures (par exemple : Griffintown) qui ont un impact très important sur le milieu dans lequel vit la population du territoire du CSSS.

Une majorité de la population du territoire du CSSS du Sud-Ouest–Verdun est d'expression française (71 %). Des communautés culturelles sont toutefois très présentes dans certains sous-secteurs, notamment dans la Petite-Bourgogne. La population réside dans cinq quartiers riches d'histoire et d'engagements sociaux présentant chacun des enjeux spécifiques : Petite-Bourgogne, Saint-Henri, Verdun, Ville-Émard–Côte-Saint-Paul et Pointe-Saint-Charles.

PETITE-BOURGOGNE : DES GENS DE CŒUR ET DE TOUTES ORIGINES

Quartier reconstruit à la suite des rénovations urbaines successives, la Petite-Bourgogne est de loin le secteur le plus multiethnique du Sud-Ouest. Le français est la langue maternelle du tiers de sa population alors que l'anglais est celle du quart des personnes qui y résident. La mixité sociale est une caractéristique importante du quartier. On y retrouve une grande concentration de HLM* qui avoisinent un secteur de maisons unifamiliales au sud de la rue Saint-Jacques et de luxueux condos le long du canal de Lachine et de la Cité du Havre.

De nombreux groupes ayant à cœur le développement social interviennent dans le domaine de la santé, du logement, de la sécurité alimentaire et du soutien aux familles, aux jeunes et à la petite enfance.

La lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale constitue le principal enjeu en matière de développement communautaire dans ce quartier, dont la trame multiethnique est sans cesse en mouvance. De plus, les difficultés vécues par les jeunes (pauvreté, gang, drogue) préoccupent grandement le milieu.

SAINT-HENRI : DES OPPORTUNITÉS REMARQUABLES ET DES DÉFIS DE SOCIÉTÉ

Majoritairement francophone, Saint-Henri a vu son profil évoluer rapidement à la faveur de la réouverture et de la revitalisation du canal de Lachine. De nouveaux résidents, financièrement aisés, vivent dans des complexes d'habitation ultramodernes qui ont remplacé les vieilles usines du XIX^e siècle. Le quartier compte toutefois encore plusieurs HLM, logements en coopérative d'habitation et

* Habitation à loyer modique

logements OBNL* qui ne suffisent pas à la demande des résidents vivant dans des conditions de pauvreté.

La pauvreté, la diversification ethnique croissante, de même que le manque de logements pour les familles et les personnes à plus faible revenu représentent des enjeux cruciaux dans ce secteur du territoire.

VERDUN : UN NOUVEL ESSOR QUI NE FAIBLIT PAS DEPUIS 20 ANS

L'arrondissement de Verdun bénéficie d'une relance remarquable qui lui a permis d'arrêter un exode marqué de sa population amorcé dans les années 70 et 80. Aujourd'hui, de grands projets résidentiels, architecturaux et culturels le placent dans le peloton des arrondissements en plein boom immobilier.

On distingue trois quartiers à Verdun marqués par d'importantes différences socioéconomiques et architecturales. Le quartier Wellington/de l'Église, le plus ancien, est aussi le plus peuplé, essentiellement par des ménages à revenus faibles ou modestes. Le quartier Desmarchais-Crawford, apparu dans le boum de l'après-guerre, compte une importante minorité anglophone et une plus grande proportion de personnes âgées. Le quartier de l'Île-des-Sœurs, avec son urbanisme d'avant-garde et de luxe, affiche une moyenne de revenus beaucoup plus élevée et une forte croissance associée aux nombreuses constructions résidentielles en cours.

La vie communautaire est très active et contribue, avec les acteurs du développement économique local, à la revitalisation en cours depuis quelques années. Elle redonne ainsi un sentiment de fierté à sa population.

VILLE-ÉMARD ET CÔTE-SAINT-PAUL : UN QUARTIER ACCUEILLANT QUI SE TRANSFORME

Ville-Émard et Côte-Saint-Paul constituent l'un des secteurs les plus francophones de Montréal et regroupent également une communauté italo-canadienne importante. On y trouve une population nettement plus âgée que la moyenne et un taux de pauvreté assez élevé, notamment du côté de Côte-Saint-Paul. Ce portrait de la situation tend cependant à changer alors que de plus en plus de jeunes familles se laissent séduire par ses rues tranquilles, ses logements et maisons abordables et ses espaces de loisirs.

Les organismes communautaires sont peu nombreux, mais ceux-ci concentrent leurs efforts à contrer la pauvreté, à promouvoir l'aide aux familles et aux jeunes, à animer la vie de quartier et à faire la promotion de la concertation. Ces réalités sont les principaux enjeux de ces deux quartiers, qui voient également le nombre de résidents issus de l'immigration augmenter d'année en année.

* Organismes à but non lucratif

POINTE-SAINT-CHARLES : UNE SOLIDARITÉ SOCIALE EXEMPLAIRE POUR CONTRER LA PAUVRETÉ

Pointe-Saint-Charles est l'un des principaux lieux de solidarité sociale et d'initiatives communautaires au Québec. On y retrouve notamment la Clinique juridique, la Clinique communautaire, le Carrefour d'éducation populaire, le *Welfare Right Committee*, le Regroupement Information Logement (RIL) et de nombreuses ressources communautaires visant à contrer les effets et les causes de la pauvreté, enjeu majeur du quartier.

Partenaire des différents groupes communautaires, la Clinique communautaire s'attaque à la pauvreté de façon quotidienne par un soutien individuel aux personnes, par le développement de ressources communautaires et collectives et par des luttes pour la défense des droits, telles la répartition plus équitable de la richesse et l'amélioration du bien commun.

Également, les terrains du Canadien National seront l'objet d'un développement urbain sans précédent durant les prochaines années. Un des défis majeurs des habitants du quartier sera la lutte pour un développement du secteur respectant les besoins de la population actuelle et les dimensions humaines des habitations de Pointe-Saint-Charles. Ceci devra également permettre une mixité d'occupation qui respectera la composition socio-économique actuelle du quartier.

NOTRE MISSION

Veiller à la santé et au bien-être de la population du Sud-Ouest–Verdun, en contribuant au développement des communautés, en offrant une gamme interdisciplinaire de soins et de services généraux et spécialisés, en proposant un milieu de vie substitut, en coordonnant la mise en place du réseau local de services et en déployant des activités de recherche et d'enseignement.

Pour accomplir cet engagement, le CSSS :

- planifie, offre, coordonne et évalue une large gamme de services généraux et spécialisés ;
- gère de façon optimale les services sous sa responsabilité directe en s'assurant de leur qualité, de leur aspect sécuritaire, de leur efficacité, de leur efficience et de leur pertinence pour répondre aux besoins de la population ;
- dispense et encadre l'enseignement et la recherche dans le domaine des sciences de la santé, des sciences sociales et biomédicales.

Dans la poursuite de cette mission, tout doit être mis en œuvre pour assurer la qualité et l'optimisation des soins et des services à notre clientèle.

NOTRE VISION

Être un CSSS attrayant et innovant reconnu pour :

- la qualité et la sécurité des soins et services dispensés ;
- son approche humaniste et «autonomisante» ;
- sa gestion dynamique et participative ;
- son esprit de collaboration entre les différents intervenants.

NOTRE PHILOSOPHIE DE GESTION

Notre philosophie de gestion s'inscrit dans la mission et la vision du CSSS du Sud-Ouest–Verdun. Elle vise l'ensemble des personnes à l'emploi du CSSS SOV : les personnes-cadres, les médecins, les bénévoles et stagiaires, les employés appelés à offrir des services directs à la population, les employés administratifs et de soutien appelés à supporter le bon fonctionnement du CSSS à tous les niveaux, ainsi que les ressources contractuelles.

Notre raison d'être est d'offrir des soins et services de qualité à la population dans les meilleurs délais possible et en utilisant de façon optimale l'ensemble des ressources disponibles.

NOS VALEURS

La philosophie de gestion du CSSS est portée par des valeurs organisationnelles qui animent notre gestion et nos actions. Ce sont le respect, l'engagement, le client au centre de nos préoccupations et la responsabilisation. Voici ce qu'il importe d'en retenir :

- **Le respect** est une valeur essentielle qui amène chacun de nous à accorder de la considération à toutes les personnes avec lesquelles nous entrons en relations, quelles que soient leurs compétences, leurs différences et leurs limites. Le respect dicte les règles favorables à l'épanouissement et à la productivité au travail. Il incite à faire preuve d'écoute, d'ouverture et d'empathie à l'égard d'autrui, à reconnaître et à souligner les efforts, les forces et la contribution de chacun. Le respect sous-tend la courtoisie, la civilité, la diligence, la confiance et la discrétion ;
- **L'engagement** réfère à l'adhésion et à la contribution de chacun à l'égard de la réalisation de la mission, de la vision, des valeurs et des objectifs du CSSS SOV. Il implique pour chacun un désir de se dépasser, de faire preuve de persévérance dans ses actions et la réalisation de ses mandats. L'engagement se reflète également dans la quête d'amélioration continue des processus et des façons de faire ;
- **Le client au centre de nos préoccupations** sa santé et son bien-être, au sens qu'il les définit lui-même ou avec l'aide de ses proches sont au centre de nos préoccupations, de nos décisions et de nos actions. Nous visons la mise en place d'un contexte de soins et de services ainsi qu'un environnement humain, organisationnel et physique des plus favorables pour optimiser les

services dispensés à notre clientèle en cohérence avec l'ensemble des ressources humaines, financières et matérielles disponibles ;

- **La responsabilisation** fait référence aux rôles et responsabilités individuelles ainsi qu'aux objectifs de son service et ceux de l'organisation. Nous demandons que chacun assume pleinement son rôle de façon autonome et responsable. Chaque membre de l'organisation doit être imputable de ses actions dans l'atteinte des objectifs organisationnels. Il doit également être conscient de son impact sur le rendement de l'organisation et sur le climat de travail.

NOS PRINCIPES

En regard de nos valeurs et de l'importance d'offrir les meilleurs soins et services à notre clientèle avec les ressources disponibles, l'équipe de gestion s'engage à mettre en application les principes suivants :

- Mettre l'accent sur les services de proximité ;
- Considérer le personnel comme la plus importante de nos ressources ;
- Faire preuve de rigueur dans l'analyse des problèmes et la recherche des solutions ;
- Intégrer l'amélioration continue dans la gestion courante des équipes et des personnes ;
- Prôner une gestion proactive et participative.

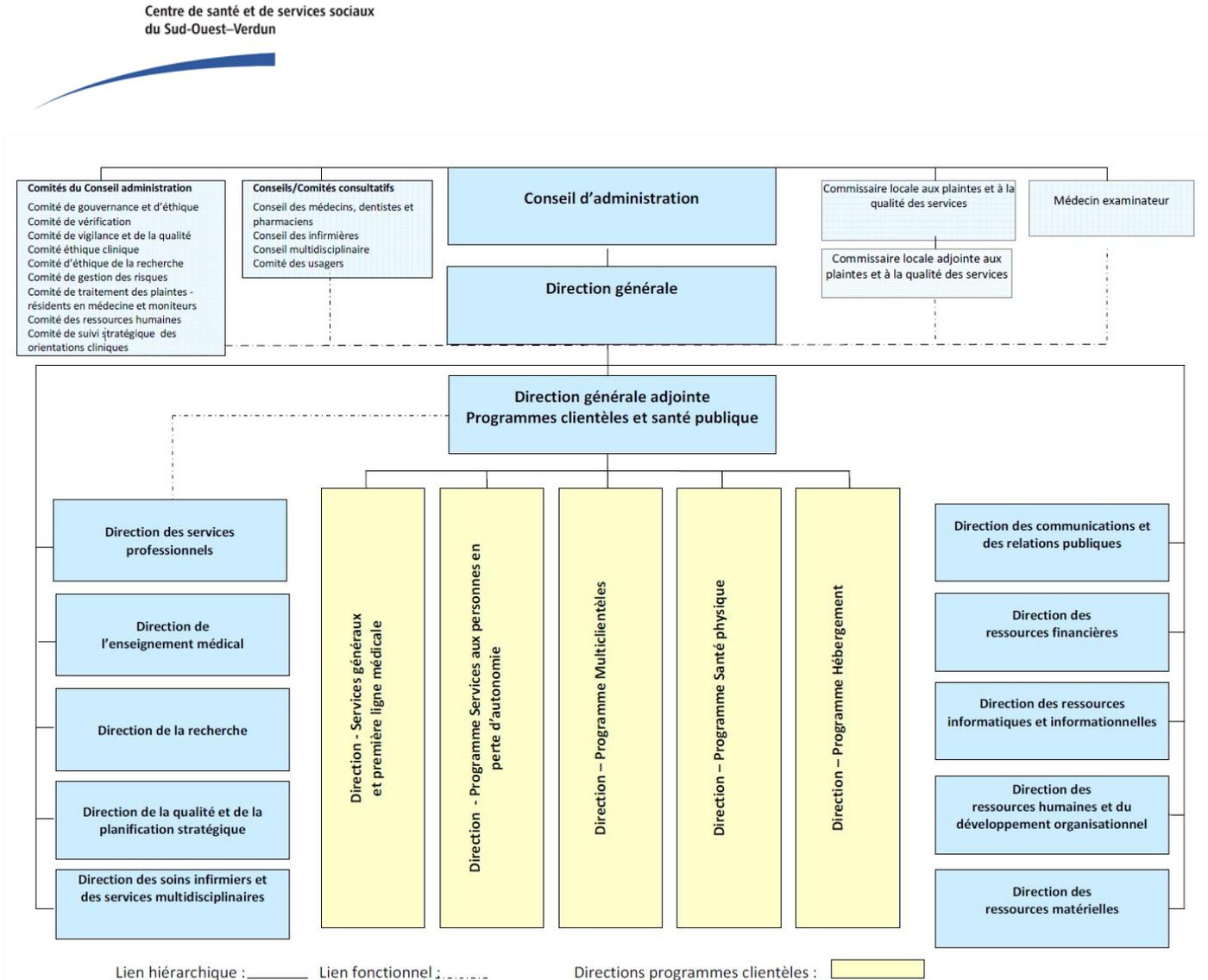
L'APPROCHE DE GESTION LEAN

Pour actualiser ces valeurs organisationnelles et ces principes, la philosophie de gestion du CSSS veut tirer le meilleur parti de l'approche de gestion Lean.

La direction du CSSS du Sud-Ouest–Verdun a choisi de s'inspirer de l'approche de gestion Lean en vue d'améliorer de façon continue l'efficacité et l'efficience de ses processus, notamment en réduisant les retards et le gaspillage, par petits pas, et en impliquant l'ensemble du personnel et des médecins. Cette approche devrait caractériser la culture de l'établissement.

ORGANIGRAMME

Le CSSS a adopté une nouvelle structure en septembre 2012. Elle présente une meilleure cohérence de l'offre de services des directions et une répartition de responsabilités hiérarchiques entre la directrice générale et le directeur-général adjoint.



STRUCTURE ORGANISATIONELLE DU CSSS DU SUD-OUEST–VERDUN

La structure organisationnelle du CSSS du Sud-Ouest–Verdun est conçue dans le but d’offrir les meilleurs services à la population, en concordance avec sa mission. La structure se décline selon 4 grands axes :

Axe 1 – Direction générale adjointe aux Programmes clientèles et à la Santé publique

Le directeur général adjoint est responsable de la gestion des cinq directions programmes. Il s’agit des programmes clientèles suivants :

- Direction – Services généraux et Première ligne médicale ;
- Direction – Programme Services aux personnes en perte d’autonomie ;
- Direction – Programme Multiclientèles ;
- Direction – Programme Santé physique ;
- Direction – Programme Hébergement.

Le rôle des programmes clientèles est de dispenser un ensemble de soins et services organisé dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux, ou d'offrir un milieu de vie substitut aux personnes en perte d'autonomie permanente ou temporaire.

Cette nouvelle structure favorise une meilleure coordination interprogrammes, le développement des continuums de soins et des services ainsi qu'une utilisation optimale des ressources.

Quant au volet santé publique, il relève désormais du directeur général adjoint. Ce positionnement vient confirmer la volonté du CSSS d’intégrer les activités de protection de la santé, de prévention de la maladie et de promotion de la santé dans l’ensemble des programmes clientèles du CSSS pour ainsi développer un meilleur arrimage avec le réseau local de services.

Axe 2 – Directions transversales médicales

- Direction des Services professionnels ;
- Direction de l’Enseignement médical.

Elles relèvent toutes deux de la Direction générale. La DSP a également un lien fonctionnel avec le directeur général adjoint et les programmes clientèles, assurant ainsi une interaction constante avec les cinq directions programmes clientèles.

Cette structure a pour objectif de favoriser l’équilibre des services médicaux dans les directions clientèles avec la collaboration des chefs de départements et de favoriser un enseignement médical de qualité.

Axe 3 – Directions transversales cliniques

- Direction de la Recherche ;
- Direction de la Qualité et de la Planification stratégique ;
- Direction des Soins infirmiers et des Services multidisciplinaires.

Ces directions ont pour mandat de soutenir la gouvernance générale de l'organisation ainsi que l'ensemble des directions. Elles relèvent de la Direction générale.

Ce regroupement favorise la mise à niveau des pratiques professionnelles. Il a également le rôle de promouvoir et de planifier le développement des praticiens et des professionnels et d'agir en tant que vigie dans les domaines de la recherche, de l'éthique, des pratiques professionnelles et de la qualité des soins et des services.

Axe 4 - Directions transversales administratives

- Direction des Communications et des Relations publiques ;
- Direction des Ressources financières ;
- Direction des Ressources informatiques et informationnelles ;
- Direction des Ressources humaines et du Développement organisationnel ;
- Direction des Ressources matérielles.

Ces directions ont pour mandat de soutenir la gouvernance générale de l'organisation ainsi que l'ensemble des directions. Elles relèvent de la Direction générale.

Ces directions jouent un rôle clé en matière de stratégie de développement dans leurs champs d'expertise contribuant ainsi au développement et au rayonnement du CSSS tout en promouvant notre mission qui est d'offrir les meilleurs services à la population.

Les directions transversales administratives disposent d'une expertise spécialisée pour l'ensemble des volets administratifs de la gestion du CSSS. Les actions de ces directions portent, entre autres, sur; le maintien des activités courantes, l'accompagnement des gestionnaires et de leurs équipes, l'identification et l'implantation des meilleures pratiques de gestion, le développement des personnes et la réalisation de projets. Elles peuvent exercer un rôle conseil ou un rôle décisionnel, tout dépendant de la nature des dossiers et des mandats qui leurs sont confiés.

LA DIRECTION GÉNÉRALE

La Direction générale relève directement du conseil d'administration et son rôle vise à assurer l'élaboration, la réalisation, l'évaluation et l'actualisation de la mission, de la vision, des orientations, des stratégies, des objectifs et des priorités du CSSS. Elle coordonne l'intégration cohérente des dimensions stratégiques, cliniques, administratives et opérationnelles dans l'établissement.

La Direction générale voit à la gestion courante des activités, des services offerts et des ressources du CSSS. Par ailleurs, elle s'assure que des mécanismes de coordination et de surveillance de l'activité clinique soient mis en place dans le CSSS et que des processus d'évaluation continue soient

exercés afin de répondre aux besoins des clientèles. La Direction générale veille à l'exécution des décisions du conseil d'administration et à l'élaboration des règlements et des politiques.

LA DIRECTION GÉNÉRALE ADJOINTE AUX PROGRAMMES CLIENTÈLES ET À LA SANTÉ PUBLIQUE

La direction générale adjointe aux Programmes clientèles et à la Santé publique agit en soutien à la Direction générale de l'établissement dans la réalisation de la mission du CSSS et ce, en collaboration avec les partenaires locaux et régionaux par le développement et la dispensation d'une gamme de soins et de services préventifs, curatifs, généraux, spécialisés et d'hébergement accessibles, continus, sécuritaires et de qualité.

Plus spécifiquement, la direction générale adjointe aux Programmes clientèles et à la Santé publique a la responsabilité de voir à la coordination de la planification, du développement et de l'évaluation des programmes clientèles de l'établissement en soutenant les directions programmes clientèles dans l'accomplissement de leur mission respective.

De plus, la direction générale adjointe aux Programmes clientèles et à la Santé publique a la responsabilité de planifier, organiser, développer et évaluer les activités du programme santé publique. Elle est responsable du plan d'action local en santé publique, de la promotion, de l'intégration des volets de promotion de la santé – prévention au sein de tous les programmes et activités du CSSS et pour l'ensemble du réseau local, incluant les partenaires.

De plus, elle voit au bon fonctionnement du Forum des partenaires, du comité des usagers et des comités des résidents et soutient les activités du comité de suivi du Projet clinique et organisationnel.

Services/Programmes

Coordination des programmes clientèles

Coordination de la santé publique et des relations avec la communauté

Coordination du projet Lean

LA DIRECTION DES COMMUNICATIONS ET DES RELATIONS PUBLIQUES

La direction des Communications et des Relations publiques a notamment pour mandat d'assurer le développement d'une vision cohérente des communications internes et externes et de déployer des actions concertées. Elle a aussi pour mission de guider le conseil d'administration, la Direction générale et les autres directions afin que tous puissent bénéficier d'un espace de choix dans l'univers communicationnel. La Direction est également responsable de protéger, de renforcer et de développer la réputation du CSSS du Sud-Ouest–Verdun.

La direction des Communications et des Relations publiques est aussi gardienne de la cohérence de l'image visuelle, de la qualité de la langue, de l'élaboration et du rayonnement des messages organisationnels généraux ainsi que de l'application des normes graphiques.

Enfin, la direction des Communications et des Relations publiques est responsable de concevoir des outils de communication interne de même que des outils promotionnels.

Services/Programmes

Affaires publiques
Communication interne
Accès à l'information
Application de la politique linguistique
Relations avec les médias
Médias sociaux
Sites Internet et intranet
Imprimerie
Archives
Accueil et réception

LA DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS

La direction des Services professionnels planifie, organise, dirige et coordonne les activités médicales et scientifiques dans le respect de la mission du CSSS.

De façon plus spécifique, elle voit à l'organisation des soins médicaux en collaboration avec les chefs de département. Elle soutient le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens dans la réalisation de sa mission qui est d'assurer la qualité des services médicaux. La Direction collabore avec la direction de l'Enseignement afin de créer un milieu propice à l'apprentissage. Finalement, elle joue un rôle important comme agent de changement dans la consolidation des services médicaux de première ligne sur l'ensemble du territoire, dans l'amélioration de l'accessibilité aux services spécialisés et dans le développement de continuums de services.

Services/Programmes

Anesthésiologie
Biologie médicale
Chirurgie
Imagerie médicale
Laboratoire
Médecine générale
Médecine nucléaire
Médecine spécialisée
Pharmacie
Prévention des infections
Radiologie
Urgence

LA DIRECTION DE LA QUALITÉ ET DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE

La direction de la Qualité et de la Planification stratégique (DQPS) assume la responsabilité du programme de gestion intégrée de la qualité, du programme de gestion intégrée des risques, du

programme des mesures d'urgence et de sécurité civile et du plan stratégique. Elle voit au développement et au suivi de ces dossiers, en collaboration avec les directions concernées, et soutient les directeurs et les gestionnaires dans la réalisation des activités. Elle informe et fait les suivis nécessaires auprès du comité de direction et de toute autre instance de l'établissement lorsque nécessaire. Dans le cadre spécifique de ces programmes, elle détient une autorité fonctionnelle sur les différents acteurs responsables.

Elle exerce également un rôle de vigie en matière de qualité et favorise l'adoption des meilleures pratiques dans une approche d'excellence. Il s'agit d'une direction transversale qui exerce diverses fonctions de conseil et de soutien avec comme premier objectif l'amélioration de la qualité. La DQPS est un agent de changement.

La DQPS a plusieurs autres mandats en plus de ceux découlant directement de sa mission. Par exemple, elle s'assure du bon fonctionnement des structures et des processus relatifs aux questions d'éthique. La DQPS assume également la gestion administrative du site CLSC Ville-Émard-Côte-Saint-Paul. En terminant, soulignons que la DQPS soutient plusieurs comités importants de l'organisation, notamment le comité de vigilance et de la qualité, le comité de gestion des risques, le comité d'orientation de la qualité et le comité d'éthique de la recherche

Services/Programmes

Gestion de la qualité
Gestion des risques
Planification stratégique
Recherche
Éthique de la recherche
Éthique clinique
Mesures d'urgence et sécurité civile
Programme d'assurance

LA DIRECTION DE LA RECHERCHE (MÉDICALE)

La direction de la Recherche (médicale) voit, en collaboration avec les chefs de départements ainsi qu'avec les chercheurs, à ce que les programmes de recherche soient conformes aux objectifs de l'Université de Montréal et du CSSS. Dans le respect du contrat d'affiliation entre les deux établissements, cette direction coordonne la mise en œuvre et le financement des programmes de recherche et des autres activités de recherche du CSSS et s'assure que les procédures d'évaluation de ces programmes et activités soient respectées. La Direction voit à l'encadrement des étudiants en recherche et participe au recrutement des chercheurs et des cliniciens chercheurs.

Services/Programmes

Recherche clinique

LA DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

C'est par le biais de sa direction de l'Enseignement médical que le CSSS, en tant que milieu d'enseignement, planifie et coordonne les activités d'enseignement de premier cycle et des cycles

supérieurs de toutes les disciplines médicales auprès des facultés universitaires. Cette direction assure, en collaboration avec les divers responsables d'enseignement, que les étudiants, résidents et stagiaires reçoivent un enseignement de qualité. La direction de l'Enseignement médical travaille étroitement avec l'Université de Montréal en ce qui concerne les programmes d'enseignement. Elle coordonne et soutient les activités de développement pédagogiques réalisées dans le cadre du plan d'organisation et les activités de diffusion de l'expertise réalisées au sein du CSSS.

Services/Programmes

Enseignement
Bibliothèque médicale
Unité de médecine familiale

LA DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS ET DES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES

La direction des Soins infirmiers et des Services multidisciplinaires assume la responsabilité de surveillance et de contrôle de la qualité des soins infirmiers et des actes cliniques des professionnels pour l'ensemble du CSSS. Elle est responsable de l'encadrement professionnel et du développement et maintien des compétences tout en visant l'utilisation optimale des ressources cliniques dans une perspective d'évolution continue des pratiques et dans le respect de la législation entourant les pratiques professionnelles. Elle veille à ce que les soins et services dispensés aux clientèles hospitalisées, hébergées et de la communauté respectent les hauts standards de qualité.

Le modèle de soins et d'interventions s'inspire des approches humanistes et systémiques. Il est appuyé par une pratique professionnelle collaboratrice et exemplaire centrée sur la personne et son expérience de santé. La philosophie de soins et d'interventions soutient que la préoccupation première de tous les professionnels est la personne et que celle-ci est au cœur de tous les soins et interventions.

La Direction soutient le Conseil des infirmières et infirmiers, le Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires et le Conseil multidisciplinaire dans la réalisation de leurs activités. Elle encourage un environnement de pratique qui favorise la collaboration interprofessionnelle.

La Direction contribue à l'enseignement professionnel. Elle accueille et participe à la formation clinique des stagiaires provenant des différentes maisons d'enseignement.

Services/Programmes

Surveillance de la qualité et de la sécurité de l'acte professionnel
Développement de la pratique professionnelle
Développement et maintien des compétences
Gestion des stages et de l'enseignement clinique
Planification de la main d'œuvre
Organisation des soins et des services
Renouvellement et acquisition des produits

LA DIRECTION DU PROGRAMME SERVICES POUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

La direction du programme Services pour les personnes en perte d'autonomie (SPPA) assume la responsabilité du développement et de l'offre de l'ensemble des services et activités appartenant au programme Services pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et de la déficience physique. Plus précisément, la direction SPPA regroupe tous les services et les activités dispensés à domicile, en centre de jour, en hôpital de jour, en unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) et aux Services ambulatoires de réadaptation pour la clientèle adulte (SARCA) qui sont destinés aux personnes en perte d'autonomie et à leurs proches aidants. La Direction est responsable du développement et de la mise en œuvre d'un réseau de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie ainsi que du développement de ressources alternatives à l'hébergement. Elle assure la planification, l'organisation, la supervision et l'évaluation des programmes et des activités du service social dispensés à la clientèle inscrite (urgence, clinique externe, médecine de jour et dialyse) et admise à l'Hôpital de Verdun qui requiert ce type de services. La Direction a également sous sa responsabilité le bon fonctionnement du programme d'hébergement pour évaluation (PHPE) pour la population du territoire du CSSS du Sud-Ouest-Verdun.

La Direction comprend également la clientèle des autres programmes présentant une perte d'autonomie temporaire (services généraux – personnes postopérées et posthospitalisées) ou permanente (déficience physique) et en soins palliatifs (santé physique) nécessitant des services de soutien à domicile.

En ce qui a trait au programme de déficience physique, la Direction assume la responsabilité de l'ensemble des services visant à répondre aux besoins des personnes de tout âge qui ont une incapacité significative et persistante, exception faite de la clientèle âgée de 18 ans et moins, pour laquelle la gestion de cas est assumée par la direction du programme Multiclientèles.

Services/Programmes

Soutien à domicile

- Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement
- Déficience physique
- Soins palliatifs
- Soins posthospitaliers
- Soins postopératoires

Hôpital de jour /Services ambulatoires de réadaptation pour la clientèle adulte

Centres de jour

Ressources non institutionnelles de lits posthospitaliers (UTRF)

Ressources intermédiaires

Service social de l'Hôpital de Verdun

LA DIRECTION DU PROGRAMME MULTICLIENÈLES

La direction du programme Multiclientèles assume la responsabilité du développement et de l'offre de l'ensemble des services et activités appartenant aux programmes suivants : santé mentale jeunesse, déficience intellectuelle, famille–enfance-jeunesse (FEJ).

La direction du programme Multiclientèles a pour mission de soutenir le développement global des enfants (0 – 17 ans) du territoire.

Services aux enfants, aux parents et aux familles - Les parents de bébés ou de jeunes enfants ainsi que les futurs parents ont accès à une gamme complète de services dans leur quartier. Le CSSS du Sud-Ouest—Verdun offre des conseils sur la grossesse, les soins au bébé, l'allaitement, l'alimentation, la vaccination, l'éducation, le comportement des enfants et la vie familiale. Les futurs parents peuvent bénéficier de cours prénataux, de rencontres postnatales et de cliniques d'allaitement. Des services de santé, des services sociaux et du soutien familial sont aussi offerts.

Services aux jeunes et à leurs familles – Les jeunes peuvent recevoir des services au CSSS du Sud-Ouest—Verdun ou dans les écoles du quartier. En vertu des droits reconnus par le Code civil du Québec, les jeunes de 14 ans et plus peuvent obtenir, en toute confidentialité, des services de santé.

Le programme FEJ regroupe les services destinés aux jeunes, de la petite enfance jusqu'à l'âge adulte, qui présentent des problèmes de développement ou de comportement ou qui ont des difficultés d'adaptation sociale (délinquance, violence, suicide, etc.) ou un besoin d'aide pour assurer leur sécurité. Le programme inclut les services destinés aux familles des jeunes concernés.

Il a également pour mandat de soutenir et favoriser une bonne intégration dans leur milieu naturel des personnes présentant un trouble envahissant du développement (TED) ou une déficience intellectuelle (DI) et ce, indépendamment de l'âge.

Les programmes en déficience intellectuelle visent à garantir à cette clientèle une gamme de services adaptés dans une perspective de réintégration socioprofessionnelle et résidentielle.

Services/Programmes

Programme petite enfance

Programme enfance-jeunesse

Programmes spécifiques :

- Santé mentale jeunesse (SMJ)
- Troubles envahissants du développement (TED) et déficience intellectuelle (DI)
- Soutien au développement de la petite enfance (SDPE)
- Crises adolescence famille enfance (CAFE)

LA DIRECTION DU PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE

La mission du programme de Santé physique est d'offrir des soins et services de santé à toute personne, ambulatoire et hospitalisée, et qui présente des problèmes de santé complexes. Pour accomplir cette mission, la direction du programme Santé physique compte sur les compétences et l'expertise de 16 gestionnaires, 1033 employés et professionnels ainsi que sur une équipe d'environ 80 bénévoles.

La direction du programme Santé physique regroupe les services ambulatoires suivants : l'urgence, l'endoscopie, l'hémo-oncologie, les cliniques externes spécialisées, l'hémodialyse et la protection

rénale, l'électrophysiologie médicale, la physiologie respiratoire, la médecine de jour ainsi qu'un bloc opératoire de 5 salles. Afin d'offrir les soins et services hospitaliers à sa clientèle, l'hôpital dispose de 209 lits, dont 15 lits de soins intensifs et coronariens. Aux équipes de soins infirmiers se joint une équipe multidisciplinaire offrant des services de nutrition clinique, d'inhalothérapie et de réadaptation pour assurer à la clientèle les plans de soins et traitements individuels appropriés. Le programme de santé physique comprend également une unité de 33 lits de réadaptation fonctionnelle intensive et de 5 lits de soins palliatifs localisés au Centre d'hébergement Champlain.

Avec le vieillissement de la population constaté depuis quelques années, l'importance de maintenir la clientèle âgée à domicile et l'augmentation des besoins en soins de la clientèle hospitalisée, un des objectifs de la direction du programme Santé physique vise principalement l'amélioration de la qualité des soins et services offerts.

Services/Programmes

Secteur médecine

Urgence
 Soins coronariens et intensifs
 Unités d'hospitalisation (cardiologie/pneumologie, médecine, néphrologie, soins palliatifs et gériatrie)
 Médecine de jour
 Néphrologie
 Cliniques externes
 Oncologie
 Soins palliatifs
 Électrophysiologie médicale
 Neurologie

Secteur chirurgie

Service de préadmission
 Bloc opératoire
 Endoscopie
 Chirurgie d'un jour
 Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
 Unité de soins de chirurgie
 Physiologie respiratoire
 Réadaptation

Autres secteurs

Unité de retraitement des dispositifs médicaux
 Service de gestion de cas
 Accueil/admission – Gestion des lits
 Bénévolat et Pastorale
 Nutrition clinique
 Brancarderie centralisée

LA DIRECTION DU PROGRAMME HÉBERGEMENT

La direction du programme Hébergement assume la responsabilité des services offerts en hébergement de longue durée dans les centres d'hébergement du CSSS du Sud-Ouest–Verdun.

La mission d'un centre d'hébergement est d'offrir, de façon temporaire ou permanente, un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance clinique, des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux personnes adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel malgré le soutien de leur entourage.

La direction du programme Hébergement a pour mandat de développer de réels milieux de vie chaleureux et rassurants dans lesquels l'environnement humain et physique offre aux résidents la possibilité de continuer d'exercer leurs choix autant dans leur vie privée que sociale.

Services/Programmes

Hébergement de longue durée
Hébergement temporaire
Unité spécialisée pour résidents avec une déficience intellectuelle
Unités spécifiques de types I et II
Programme d'hébergement pour évaluation (PHPE)
Services de bénévolat en centre d'hébergement

LA DIRECTION DU PROGRAMME SERVICES GÉNÉRAUX ET PREMIÈRE LIGNE MÉDICALE

La direction du programme Services généraux et Première ligne médicale regroupe des services qui s'adressent à l'ensemble de la population du territoire. À travers des activités cliniques et d'aide offertes en première ligne, elle répond à l'ensemble des besoins des personnes vivant des problèmes ponctuels ou des problèmes de nature aiguë ou réversible. Elle regroupe les réceptions des CLSC, l'accueil santé et psychosocial, les services de santé courants et psychosociaux courants. Elle inclut aussi les services de la CRIU-UMF², le programme en santé mentale aux adultes destiné aux personnes qui présentent des troubles mentaux sévères, généralement persistants ou des troubles mentaux transitoires, d'intensité variable ainsi que les personnes souffrant de dépendance. Le centre action santé (centre de gestion des maladies chroniques) est aussi sous la direction des services généraux et Première ligne médicale.

De plus, les services de première ligne s'intègrent dans un réseau composé des ressources du CSSS ainsi que des cliniques médicales et des pharmacies du territoire. Par l'intermédiaire de la Table locale du Département régional de médecine générale (DRMG), sa mission est principalement de favoriser l'émergence d'un réseau local fort de 1^{re} ligne et d'amener les acteurs à travailler en continuité de services au grand bénéfice de la population du territoire.

Services généraux

Services de santé courants
Services psychosociaux courants
Santé mentale – adultes
Dépendance
Maladies chroniques
CRIU-UMF
Guichet d'accès clientèle orpheline (GACO)

Le service de santé mentale aux adultes du CSSS du Sud-Ouest–Verdun vise à offrir des soins et des services dans une perspective de rétablissement qui mise sur la capacité de la personne à reprendre le contrôle de sa vie, à faire ses propres choix et à participer activement aux décisions qui la concernent.

Dans le dossier dépendance, le CSSS est responsable de la mise en place de mécanismes de coordination entre les différents acteurs concernés.

² Clinique-réseau intégrée universitaire et Unité de médecine familiale

LISTE DES SERVICES

Service d'évaluation psychosociale ou psychiatrique.

Suivis individuels, de groupe, de couple et de famille, offerts à toute personne, ainsi qu'à ses proches, aux prises avec des :

- troubles d'anxiété ;
- problèmes de dépendance ;
- troubles de l'humeur ;
- troubles relationnels ;
- troubles de personnalité ;
- troubles psychotiques.

En lien avec les meilleures pratiques cliniques reconnues, des ateliers de groupe sont privilégiés pour les problématiques suivantes :

- Gestion du stress ;
- Groupe relationnel (gestion des émotions, affirmation de soi, etc.) ;
- Dépression et rétablissement.

Services conseils à nos partenaires.

Suivi conjoint dans des situations complexes.

Supervision clinique et formation.

Organisation communautaire : support à tout organisme communautaire ou groupe de citoyens.

LA DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES

La direction des Ressources financières assume la responsabilité des activités et des résultats relatifs à la gestion des systèmes financiers, à la comptabilité, à la paie et à l'approvisionnement des biens et services dans le but d'assurer une gestion saine et efficace, en conformité avec les lois et les règlements en vigueur.

La Direction agit comme expert conseil dans le cadre du processus de planification du suivi et du contrôle budgétaire, de la performance et des projets spéciaux, permettant ainsi de mieux répondre aux besoins de la clientèle. Elle soutient les activités du comité de vérification.

De plus, la Direction coordonne le processus d'acquisition des équipements et du mobilier dans le cadre des budgets alloués et détermine les mécanismes de contrôle requis.

Services/Programmes

Budgétisation

Surveillance pour l'octroi des contrats

Approvisionnement et logistique

Comptabilité

Service de la paie

Application Magistra

Optimisation et performance

LA DIRECTION DES RESSOURCES MATÉRIELLES

La direction des Ressources matérielles assure la gestion des dossiers ayant trait à l'entretien des bâtiments et des équipements, aux immobilisations, aux services d'alimentation, de salubrité, de lingerie et de messagerie. Elle assure également la gestion de la sécurité.

La Direction détermine les besoins en ressources matérielles et techniques du CSSS et procède à leur allocation dans le cadre des orientations et des priorités de l'établissement. Elle s'assure du bon fonctionnement des ressources matérielles et techniques, de leur entretien ou de leur renouvellement et détermine les mécanismes de contrôle requis.

Services/Programmes

- Gestion de projets
- Projets de rénovation
- Maintien d'actifs
- Entretien préventif des équipements
- Services alimentaires
- Salubrité-lingerie
- Installations matérielles
- Sécurité

LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DU DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL

La direction des Ressources humaines et du Développement organisationnel assure, pour le CSSS, l'acquisition, l'intégration, le maintien et le développement de personnel engagé et compétent pour répondre à sa mission. La direction des Ressources humaines et du Développement organisationnel travaille également à créer un environnement de travail sain, sécuritaire, participatif, reconnaissant des efforts et des talents et propice à l'apprentissage, à l'innovation et à l'excellence.

De façon spécifique, la Direction coordonne les programmes et les plans d'action spécifiques en ressources humaines tels que la rétention, l'attraction et le renouvellement de la main-d'œuvre, le développement des compétences, l'évaluation de la contribution dans le cadre des orientations et priorités de l'établissement. Elle soutient également les activités du comité des ressources humaines.

Services/Programmes

- Service aux cadres
- Planification de la main-d'œuvre et dotation
- Formation et développement organisationnel
- Avantages sociaux et rémunération
- Santé et sécurité au travail
- Relations de travail

LA DIRECTION DES RESSOURCES INFORMATIQUES ET INFORMATIONNELLES

La direction des Ressources informatiques et informationnelles assume la responsabilité de la gestion des ressources informatiques.

Elle a comme responsabilité de gérer et développer les ressources en technologie de l'information et des communications du CSSS dans un environnement novateur permettant la souplesse, l'accessibilité, la disponibilité et la sécurité, et ce, dans le respect des lois et règlements en vigueur.

De plus, elle coordonne le déploiement de projets et de systèmes d'information nécessaires à la réalisation des activités de soins et services du CSSS dans le contexte du développement du réseau local de services.

Services/Programmes

Services techniques informatiques et de téléphonie

Bureau de projets

Information clinique

Sécurité informatique et informationnelle

4

**CARACTÉRISTIQUES DE
LA POPULATION ET
PRINCIPALES DONNÉES
DE SANTÉ**

PLAN D'ACTION LOCAL EN SANTÉ PUBLIQUE : ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

Les grands constats présentés ici sont tirés d'un portrait démographique et de santé de la population du territoire, disponible au CSSS. Ils ont été construits principalement à partir des données du dernier recensement de Statistique Canada de 2011, de l'Enquête nationale auprès des ménages 2011 ainsi que de l'Enquête TOPO 2012 (pour la liste complète voir la section « Sources des données »).

Ces constats permettent de partager une information commune par rapport à la population avec laquelle nous travaillons et de dégager des tendances générales. Par ailleurs, ils ne révèlent pas tout, et doivent parfois être interprétés avec prudence, les moyennes cachant bien des écarts. Pour minimiser l'effet des moyennes, nous présentons, dans tous les cas où cela est possible, des résultats par voisinages, c'est-à-dire pour des regroupements de quelques districts de recensement voisins.

LA CROISSANCE ET LA COMPOSITION DE LA POPULATION DU TERRITOIRE SE DISTINGUENT DE LA POPULATION MONTRÉLAISE

La population totale du territoire relevant du CSSS du Sud-Ouest–Verdun est de 142 995. Il s'agit d'une augmentation de 2,4 %, ou de 3 340 personnes depuis 2006 comparativement à une augmentation de 1,7 % pour Montréal. Cette augmentation est la quatrième plus importante augmentation parmi les 12 CSSS de Montréal. Il demeure que l'augmentation du nombre de résidents, de loin la plus importante, est dans le secteur de Faubourg–des-Récollets/Griffintown du territoire du CLSC de Saint-Henri avec une croissance de 63 % depuis 2006. Ceci s'explique par le nombre de nouvelles constructions d'habitations dans ce secteur. L'Île-des-Sœurs, quant à elle, affiche la 2^e plus importante croissance à 13 % sur la même période.

LES GROUPES D'ÂGE À SURVEILLER - Les 19 840 personnes âgées de 65 ans et plus comptent pour 13,6 % de la population, comparativement à 15,7 % pour Montréal. Leur nombre a diminué de 1,8 % depuis 2006 comparativement à une augmentation de 3 % à Montréal.

- Le nombre de jeunes âgés de moins de 15 ans a augmenté de 0,5 % à Montréal et au Québec, mais il a connu une diminution de 4,4 % dans le territoire du CSSS.
- Le territoire du CSSS se distingue peu de l'ensemble de la population de Montréal sauf par un plus important groupe de jeunes adultes âgées de 25 à 34 ans. Ceux-ci comptent pour 19,7 % de la population comparativement à 16 % pour Montréal. En fait, cette supériorité numérique se retrouve uniquement dans le quartier Wellington-de-l'Église où ce groupe de jeunes adultes compte pour 23,8 % de la population.

RÉPARTITION DE LA POPULATION

Territoire	Nombre 2011	Répartition par territoire	Croissance 2001-2011
CLSC de St Henri	32 680	22,8 %	31,1 %
CLSC de Ville-Émard-Côte-Saint-Paul	30 240	21,1 %	1,6 %
CLSC de Verdun	66 160	46,3 %	9,2 %
Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles	13 920	9,7 %	5,7 %
CSSS du Sud-Ouest-Verdun	142 995		12,3 %
Montréal	-		4,1 %

LE NOMBRE DE PERSONNES SEULES ET DE FAMILLES MONOPARENTALES SE MAINTIENT

Les 31 320 personnes vivant seules constituent 22,3 % de la population totale du territoire, comparativement à 18 % à Montréal, un accroissement de 12 % depuis 2006 et de 22 % depuis 2001. Cette augmentation s'observe dans tous les voisinages à des degrés différents et place le territoire du CSSS dans une position de défavorisation plus importante que celle de l'ensemble de Montréal. À Montréal, l'augmentation est de 4,8 % depuis 2006.

On observe que 41,1 % des familles avec enfants sont monoparentales et que leur nombre a diminué de 6,5 % depuis les cinq dernières années.

IMMIGRATION ET LANGUES : DES CHANGEMENTS À REGARDER DE PLUS PRÈS

Les 14 450 immigrants comptent pour 23,8 % de la population résidente. Ce taux est sensiblement moins élevé qu'à Montréal, où il se situe à 33,2 %. Par ailleurs, le nombre d'immigrants a augmenté de 12,2 % depuis 2006 et de 56,7 % depuis 2001. La population du territoire se maintient principalement grâce aux immigrants, et ce, particulièrement dans les voisinages de Faubourg-des-Récollets, l'Île-des-Sœurs et de la Petite Bourgogne.

REVENUS : LES POPULATIONS DÉFAVORISÉES CÔTOIENT DE PLUS EN PLUS LES MIEUX NANTIS

En 2010, le revenu total moyen avant impôts des résidents du territoire de 15 ans et plus s'élevait à 38 912 \$ par année, ce qui représente un revenu supérieur de 5,9 % à celui des Montréalais (36,748 \$). Parmi les voisinages du territoire du CSSS, le revenu des résidents de l'île des Sœurs (79 745 \$), du Faubourg-des-Récollets (65 927 \$) et de la Petite Bourgogne (38,090 \$) est supérieur à celui observé à Montréal.

Le revenu moyen après impôts

Après avoir payé les impôts, plus du quart des résidents (28,4 %) vivent avec un faible revenu, comparativement à 24,6 % à Montréal. Les voisinages de Côte-Saint-Paul (24 807 \$), de Ville-Émard (24 991 \$) et de Wellington-de-l'Église (24 227 \$) sont les plus touchés par cette caractéristique.

LE CHÔMAGE

En 2011, le nombre de personnes de 15 ans et plus au chômage (7020) est demeuré stable et leur proportion a légèrement diminué de 9,6 % en 2006 à 9 %.

L'HABITATION : UNE FORCE DE CHANGEMENT

Les ménages locataires forment près des deux-tiers (64,7 %) de tous les ménages. Seuls les voisinages de Faubourg-des-Récollets (67,2 %) et de l'Île-des-Sœurs (59,1 %) ont une majorité de ménages propriétaires. À l'opposé, le voisinage de Wellington-de-l'Église se compose de très peu de ménages propriétaires à (24,7 %).

Près de la moitié (49,8 %) des résidents du territoire âgés de 5 ans et plus n'habite plus le même logement qu'il y a cinq ans, comparativement à 44,1 % à Montréal. Ce taux de mobilité est le troisième plus élevé parmi les territoires de CSSS à Montréal.

DES ENFANTS PLUS VULNÉRABLES QU'À MONTRÉAL

Malgré la présence plus importante de familles plus aisées, les indices de vulnérabilité et de défavorisation nous indiquent que le nombre d'enfants vivant dans des milieux familiaux vulnérables au plan économique ou social demeure important mais a quand même diminué en proportion et en nombre depuis 2006.

Défavorisation

	Montréal	Territoire du CSSS du Sud-Ouest-Verdun
<i>Population 0-5 ans vivant sous le seuil de faible revenu après impôts</i>	29,3 %	33,9 % (3 030)
<i>Familles monoparentales parmi les familles avec enfants</i>	32,9 %	41,1 % (8 260)

Vulnérabilité

Globalement, 36,1 % des enfants présentent au moins une vulnérabilité au moment de l'entrée à l'école. Un enfant est considéré vulnérable lorsque son niveau de développement est inférieur au niveau attendu pour un enfant du même âge.

Domaines de vulnérabilité	Montréal	Territoire du CSSS du Sud-Ouest–Verdun
Santé physique et bien-être	11,5 %	14,1 %
Compétence sociale	10,0 %	13,2 %
Maturité affective	9,8 %	12,4 %
Développement cognitif et langagier	10,2 %	14,8 %
Habilités en communication et connaissances générales	14,6 %	19,2 %
Au moins un domaine de maturité scolaire	28,9 %	36,1 %

POPULATION PLUS SCOLARISÉE – JEUNES PLUS DÉCROCHEURS

Scolarité

Dans l'ensemble du territoire du CSSS, c'est 20,5 % des personnes âgées de 15 ans et plus qui n'a pas un diplôme d'études secondaires, comparativement à 18,9 % à Montréal. À l'opposé, la proportion de personnes détenant un grade universitaire (certificat, baccalauréat et autres diplômes) est de 36,8 % dans le territoire du CSSS, comparativement à 35,2 % à Montréal.

Décrochage scolaire

Le territoire du CSSS du Sud-Ouest—Verdun est le territoire montréalais le plus touché par le décrochage scolaire. En 2008-2009, 39,3 % des élèves sortants du secondaire (écoles publiques) n'avaient ni un diplôme ni une qualification. Ce taux place le CSSS en premier rang parmi les 12 CSSS.

ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION QUI TARDE À S'AMÉLIORER

L'espérance de vie à la naissance

Les écarts avec le reste de Montréal persistent. L'espérance de vie pour les hommes à Montréal est de 79,8 ans versus 77 ans pour ceux qui habitent le territoire du CSSS alors que pour les femmes elle est de 84 ans à Montréal et de 82 ans pour les femmes du territoire.

L'espérance de vie en bonne santé

L'espérance de vie est une mesure de la durée de vie, mais elle ne donne pas d'indication sur la qualité de vie. Par contre, l'espérance de vie en bonne santé permet d'estimer le nombre d'années qu'une personne peut vivre en santé, c'est-à-dire sans problèmes de santé fonctionnels (par exemple : handicaps, limitation d'activités, incapacités, etc.) Sur le territoire du CSSS, les hommes ont une espérance de vie sans incapacités de 62,5 ans et les femmes de 64,2 ans alors qu'à Montréal elle est de 67 ans et de 74,5 ans respectivement. Par contre, à Pointe-Saint-Charles, l'espérance de vie sans incapacités pour les hommes est seulement de 58,2 ans et pour les femmes de 58,4 ans.

Maladies chroniques

- Surplus de poids : la population du territoire du Sud-Ouest et de Verdun ne se distingue pas significativement de l'ensemble des Montréalais, mais il demeure que 31 % de la population du CSSS de 15 ans et plus souffre d'embonpoint.
- Diabète : la population de 20 ans et plus du territoire du CSSS du Sud-Ouest–Verdun connaît une amélioration à l'égard de cette maladie ayant un taux de 7,5 % alors qu'à Montréal le chiffre est de 8,1 %.
- La population du CSSS souffre de l'asthme de façon importante, le taux chez les 15 ans et plus est de 11 % comparativement à Montréal qui se situe à 8,3 %.
- L'hypertension chez les 45 ans et plus est un problème de santé pour 34,9 % de la population du territoire versus 29,9 % pour les Montréalais.
- La prévalence de MPOC chez la population de 35 ans et plus est de 8,7 % pour le territoire du CSSS par rapport à 7 % pour Montréal.
- La prévalence d'insuffisance cardiaque chez la population de 40 ans et plus est de 2,9 % pour le Sud-Ouest et Verdun par rapport à 2,7 % pour l'ensemble de Montréal.

Les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

Le territoire du CSSS du Sud-Ouest–Verdun est touché de manière importante par les ITSS; les territoires de la Clinique communautaire Pointe-Saint-Charles et du CLSC de Saint-Henri semblent plus touchés que les deux autres territoires de CLSC.

Taux d'incidence (par 100 000 personnes-années) de cas déclarés par ITSS pour Montréal, le CSSS du Sud-Ouest–Verdun et ses CLSC en 2012

Territoire de résidence	ITSS			
	Chlamydirose	Infection gonococcique	Syphilis infectieuse	Infection par le VHC statut non précisé*
1 Région de Montréal	269,0	55,5	19,1	24,6
2 CSSS du Sud-Ouest–Verdun	292,2	50,8	22,7	19,4
Rang * parmi les 12 CSSS	4	4	3	8
3 CLSC de Saint-Henri	401,2	61,3	36,8	24,5
4 CLSC de Verdun	245,5	55,4	17,0	14,2
5 CLSC Ville-Émard–Côte-Saint-Paul	240,0	18,7	12,5	24,9
6 Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles	389,9	76,6	41,8	20,8

Source : fichier régional DCI-MI– données extraites le 18 juin 2013

*Rang : le rang 1 est attribué au CSSS présentant le plus grand nombre de cas ou le taux le plus élevé

Les grandes lignes des épidémies qui sévissent sur le territoire du CSSS sont les suivantes :

- L'infection par le VHC touche plus d'hommes que de femmes. Plus de 50 % des cas sont liés à l'injection de drogues. Le taux d'incidence pour le VHC a diminué de 49,4 à 19,4 entre 2009 et 2012. Le territoire se classait au 2^e rang parmi les 12 CSSS en 2010 et passe au 8^e rang depuis 2012;
- La majorité des personnes atteintes de syphilis sont de sexe masculin. Le taux a augmenté de 13,7 à 22,7 entre 2009 et 2012. Le territoire reste au 3^e rang;
- La chlamydirose et l'infection gonococcique sont en augmentation et touchent plus de femmes que d'hommes. Il se classait au 5^e rang en 2010 et au 4^e rang en 2012.

En conclusion, les données analysées confirment que les ITSS sont très présentes sur le territoire du CSSS du Sud-Ouest–Verdun. Les activités de dépistage doivent être intensifiées chez les plus jeunes. Afin d'assurer une réponse adaptée à la situation, la collaboration de multiples partenaires est essentielle et doit viser l'intégration des services en réseau.

LA SANTÉ MENTALE : UNE POPULATION PLUS À RISQUE

Se percevoir comme pauvre, être peu scolarisé, vivre seul ou en situation de monoparentalité augmente le risque de souffrir de troubles mentaux (Direction de santé publique, 2002). C'est ce qui caractérise la population du Sud-Ouest et de Verdun, qui est plus vulnérable qu'ailleurs sur le plan de la santé mentale. En effet, 31,2 % de la population du Sud-Ouest et de Verdun présente un niveau de détresse psychologique élevé. En ce qui a trait aux troubles de l'humeur, il s'agit de la proportion la plus élevée à Montréal (9,6 %).

COMME AILLEURS, DES HABITUDES DE VIE DIFFICILES À CHANGER

Il y a plus de fumeurs sur le territoire du CSSS du Sud-Ouest–Verdun (25,1 %) qu'à Montréal (18,9 %). Il n'y a pas de différence significative par rapport à Montréal quant à la sédentarité et aux habitudes alimentaires, mais nous remarquons que 62,3 % de la population du territoire ne consomme pas 5 fruits et légumes par jour.

L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ PAR LA POPULATION

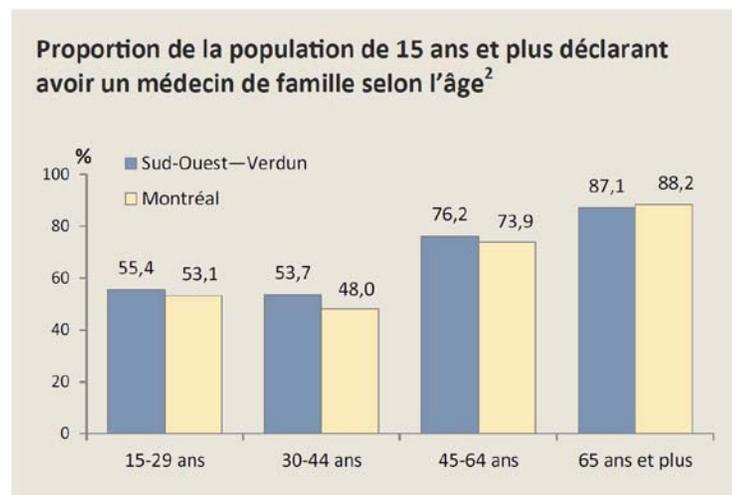
Hospitalisation

Sur le territoire du CSSS du Sud-Ouest–Verdun, 47,6 % des personnes qui ont été hospitalisées en 2009-2010 étaient âgées de 65 ans et plus. Cette proportion est de 51,8 % pour Montréal. Les personnes de ce groupe d'âge représentent 21,7 % de celles qui ont eu au moins une visite à l'urgence; cette proportion est de 26,9 % pour Montréal.

Sur le territoire du CSSS du Sud-Ouest–Verdun, 6,2 % des personnes qui ont effectué au moins une visite à l'urgence l'ont fait, au moins une fois, pour des conditions aiguës sentinelles propices aux soins de 1^{re} ligne. Cette proportion est de 5,6 % pour Montréal. Parmi les personnes ayant été hospitalisées au moins une fois, 11,4 % l'ont été, au moins une fois, pour des conditions propices aux soins ambulatoires. Cette proportion est de 10,3 % pour Montréal.

Médecin de famille

La population du CSSS du Sud-Ouest–Verdun présente une proportion légèrement plus élevée de personnes ayant un médecin de famille que celle de Montréal en général.



Sources des données

- Recensement de Statistique Canada de 2011
- Enquête nationale auprès des ménages 2011
- Enquête TOPO 2012
- Ministère de l'éducation, du Loisir et du Sport, Système Charlemagne, données 1999-2000 à 2008-2009 extraites en novembre 2010. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2010), Portrait local ITSS 2009 : CSSS Sud-Ouest–Verdun
- Direction de santé publique de l'Agence de santé et services sociaux de Montréal (2011), Données brutes et taux d'incidence des ITSS par groupe d'âge, sexe et territoire de CLSC, Année 2010 (en comparaison avec l'année 2009)
- Direction de santé publique de l'Agence de santé et services sociaux de Montréal (2013), Estimation de la taille et caractérisation de la population utilisatrice de drogues par injection à Montréal
- Direction de santé publique de l'Agence de santé et services sociaux de Montréal (2013), Données extraites du fichier régional DCI-MI, 18 juin 2013
- Compilation des données de surveillance et de monitoring sur le territoire du CSSS Sud-Ouest–Verdun, Avril 2014, document de travail par Manon Dugas
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Portrait de la population, de l'organisation et de l'utilisation des services médicaux de 1^{re} ligne – CSSS du Sud-Ouest–Verdun (2014)

5

LES FAITS SAILLANTS

1. 10 ANS. SANTÉ!

Le Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest–Verdun célébrait cette année sa dixième année d’existence. Pour souligner cette importante étape, une soirée mémorable s’est tenue au Centre d’hébergement du Manoir-de-Verdun, le 22 octobre dernier. Présentant son rapport annuel de gestion à la population, le CSSS en a profité pour procéder au lancement du livre sur l’histoire de la santé du territoire de 1867 à 2014, et a terminé l’événement par un hommage senti à la présidente sortante du conseil d’administration, Mme Lorraine Duchesne-Noiseux. Cette soirée, haute en festivités, s’est déroulée en présence du maire de Verdun, M. Jean-François Parenteau, et de plusieurs personnalités de renom de la communauté.

Pour l’occasion, rappelons que Mme Danielle McCann, ancienne directrice générale de l’établissement (2004-2012) et ancienne directrice générale de l’Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2012-2014), était présente.

Homage à une grande dame

Pour terminer la séance publique annuelle d’information 2013-2014, l’organisation ne pouvait passer sous silence l’immense travail accompli avec passion par la présidente sortante du conseil d’administration, Mme Lorraine Duchesne-Noiseux. La population et les membres de l’organisation ont profité de la séance publique annuelle d’information pour lui rendre hommage.

Mme Duchesne-Noiseux a quitté ses fonctions le 28 octobre dernier après dix ans de présidence inspirée. Ses collègues du conseil, la direction et les gestionnaires ont salué son apport incontournable au réseau local de la santé, notant aussi sa générosité, sa gouvernance dynamique et son dévouement, qui ont permis la réussite des projets de l’établissement.

2. UN CSSS QUI SE DÉMARQUE

Le CSSS du Sud-Ouest–Verdun récolte cinq Bons coups de l’AQESSS

Chapeauté par l’AQESSS, l’Opération Bons coups vise à faire connaître les projets novateurs et les initiatives positives développés par les établissements membres de l’Association à travers le Québec. Au cours de la dernière année, le CSSS du Sud-Ouest–Verdun a remporté cinq Bons coups :

- **Outil « Passage à l’école »**

Le passage du milieu petite-enfance à celui de la maternelle peut s’avérer être une expérience difficile, particulièrement au sein des populations défavorisées. Conscient de cet enjeu et œuvrant auprès d’une telle clientèle, le personnel du CSSS du Sud-Ouest–Verdun a développé l’outil Passage à l’école, dans lequel un portrait sommaire de chaque enfant est réalisé pour assurer une entrée en douceur à la maternelle.

La directrice générale de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), Mme Diane Lavallée, a d'ailleurs rendu hommage au CSSS du Sud-Ouest-Verdun dans le cadre de sa tournée Opération Bons coups, le 25 août dernier au CLSC de Verdun.

- **Démarche de civilité au travail** (ressources humaines)

Stratégie de communication intégrée pour promouvoir la civilité au travail

Misant sur la prévention et la responsabilisation des équipes quant à la qualité du climat de travail, cette démarche est portée par un code de civilité organisationnel qui contient cinq valeurs : collaboration, courtoisie, savoir-vivre, politesse et respect. Les actions entreprises pour supporter le déploiement du code sont multiples et mettent en valeur les employés.

- **Guichet d'investigation en oncologie**

Implanté le 1^{er} décembre 2008, le guichet d'investigation en oncologie repose sur le travail d'une équipe multidisciplinaire formée d'omnipraticiens, de médecins spécialistes, d'infirmières, de psychologues, de travailleurs sociaux et de nutritionnistes. Il offre aux usagers une prise en charge globale de leur situation en assurant, notamment, une meilleure coordination entre les interventions des première, deuxième et troisième lignes.

- **Corridor VIP entre les centres d'hébergement et les cliniques externes de l'Hôpital de Verdun**

Expérience améliorée pour les résidents hébergés lors de leurs rendez-vous à l'Hôpital de Verdun

Afin de réduire le temps d'attente des résidents aux cliniques externes, un corridor de service VIP a été mis en place afin que ces derniers soient traités en priorité. Grâce à un autocollant placé sur la carte d'hôpital par le centre d'hébergement, les infirmières des cliniques sont en mesure d'identifier les résidents et de leur accorder la priorité. Les processus de prise de rendez-vous et de réservation de l'accompagnement ont aussi été standardisés et informatisés. Finalement, une fiche de préparatifs ainsi qu'une enveloppe de rendez-vous ont été créées afin que les accompagnateurs et les infirmières des cliniques aient toute l'information nécessaire en main lors du rendez-vous.

- **Le fauteuil roulant idéal**

Optimisation du processus de prêt des fauteuils roulants à l'Hôpital de Verdun

L'Hôpital de Verdun avait un problème important de disponibilité et de conformité de ses fauteuils roulants. Pour résoudre ces problèmes, une équipe Kaizen a été créée pour revoir le processus de prêt à court terme des fauteuils roulants et identifier les critères d'un fauteuil roulant idéal en milieu hospitalier. Comme aucun fournisseur sur le marché n'offrait de produit répondant aux critères recherchés, l'équipe a lancé un appel d'offres invitant les fabricants à développer avec eux un fauteuil adapté à la réalité d'un hôpital. À la mi-janvier 2014, 90 nouveaux fauteuils, 100 % adaptés aux besoins du milieu

hospitalier, étaient livrés. Parallèlement, plusieurs processus ont été révisés et mis en place afin d'assurer la disponibilité des fauteuils et d'éviter les pertes et les vols. Depuis, 100 % des besoins de fauteuils roulants ont été comblés sans délai et le taux de satisfaction du personnel quant à la disponibilité des fauteuils roulants est passé de 32 % à 89 %.

En plus d'avoir été reconnu parmi les Bons coups de l'AQESSS, le fauteuil roulant de l'Hôpital de Verdun a beaucoup fait parler de lui au cours de la dernière année :

- invité à l'émission Montréalité du 19 mars 2014
- gagnant d'un des prix du jury au concours Pleins feux sur l'initiative en SST de l'ASSTSAS (avril 2014)
- présenté au Colloque Lean CvPac (mai 2014)
- finaliste aux Grands Prix santé et sécurité au travail de la CSST (octobre 2014)
- a fait l'objet d'une capsule vidéo à l'émission Le design est partout... à l'Hôpital (octobre 2014) - <http://ici.artv.ca/videos/video/le-design-est-partout-a-lhopital>
- présenté au salon Autonomies - pour le soutien à l'autonomie (octobre 2014)

[Visite de la présidente-directrice générale de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal](#)

Le 8 septembre 2014, Mme Patricia Gauthier, présidente-directrice générale de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, visitait l'Hôpital de Verdun dans le cadre d'une tournée des établissements de Montréal. Lors de cette rencontre, Mme Gauthier a eu l'occasion de découvrir nos secteurs d'excellence et nos grands projets en plus de visiter plusieurs secteurs de l'Hôpital dont l'urgence, l'unité de soins 3^e sud et les locaux de la future unité 3^e centre, une unité de médecine spécialisée composée de 35 lits.

L'équipe Lean 3P, qui a travaillé sur le projet d'aménagement de l'unité de soins 3^e centre, a ensuite présenté à Mme Gauthier ce qu'est la méthode 3P ainsi que les résultats de son atelier réalisé à la fin août. Elle a notamment pu voir la maquette 3D des aménagements de la future unité préparée par l'équipe 3P, laquelle a ensuite été remise à un architecte pour l'élaboration des plans finaux.

3. AGRÉMENT 2015

La démarche Agrément 2015 est au cœur des activités de la dernière année. Dès février 2014, un événement d'envergure réunissait tous les cadres de l'organisation pour le lancement de la démarche. Depuis, chaque grande étape (lancement des auto-évaluations, lancement des outils d'évaluations, lancement des plans d'action) de la démarche se termine par un grand rassemblement. Ici, les gestionnaires partagent une vision d'amélioration continue intégrée au quotidien.

L'implication de tous permet un cheminement efficace et rassembleur vers la visite d'agrément prévue à l'automne 2015. Les équipes qualité dispersées dans tous les sites de l'établissement

sont très mobilisées. Les périodes d'auto-évaluation des équipes et de la mise à jour des plans d'action furent un succès. À la suite de quoi, l'organisation s'est illustrée de façon remarquable pour la réalisation des différents sondages obligatoires du conseil d'agrément québécois.

Le sondage de mobilisation du personnel, qui a eu lieu du 6 au 23 octobre 2014, permet de dresser un portrait du climat organisationnel de l'établissement et de mesurer le degré de mobilisation du personnel. En tout, 2563 employés (sur environ 4000) ont répondu au sondage, soit un taux de participation de 64 %. L'indice global de mobilisation s'élève à 73 %. Une belle preuve de l'engagement qui caractérise nos équipes.

Le sondage sur la satisfaction de l'expérience client a permis d'estimer le degré de satisfaction des usagers et des résidents à l'égard des services qu'ils ont reçus du CSSS au cours des 12 derniers mois. Le Conseil québécois d'agrément (CQA) a réalisé ce sondage du 11 novembre au 10 décembre 2014. L'indice global de satisfaction de la clientèle est de 87 %. Un résultat exceptionnel!

Parallèlement à ces sondages, le personnel clinique de l'établissement a également répondu au sondage canadien sur la culture de sécurité des usagers. Cet outil a permis d'évaluer la perception du personnel et des médecins à l'égard de la sécurité des usagers. Plus de 358 personnes ont participé, soit 111 % de la cible! Encore une fois, un beau succès!

4. PRIORITÉ DONNÉE À L'ACCESSIBILITÉ, L'INNOVATION ET LE SERVICE À L'USAGER

Année après année, le CSSS ne cesse de repousser les limites de l'excellence et trouve des stratégies pour aller à la rencontre de la population et offrir des services ciblés tout en gardant une préoccupation constante pour la prévention et la promotion des saines habitudes de vie.

Priorité accessibilité pour le programme Multiclientèles

Plusieurs processus ont été améliorés afin accroître l'accessibilité des services aux usagers du programme Multiclientèles. Parmi les actions concrètes réalisées en ce sens, mentionnons la nouvelle procédure pour répondre aux besoins urgents et imprévus des usagers lors de l'absence du professionnel responsable de leur suivi psychosocial. Soulignons également la bonification de l'accès au dépistage et au traitement des infections transmissibles sexuellement (ITS) par un rôle accru de l'infirmière en milieu scolaire secondaire.

Priorité innovation

L'amélioration continue étant présente dans chaque secteur d'activités, les programmes sous la gouverne de la direction programme Multiclientèles ne sont pas en reste. Les équipes sont dotées d'outils et d'indicateurs qui leur permettent de suivre rigoureusement leurs activités. Chaque programme peut compter sur des tableaux de bord, toutefois le programme « Jeunes en difficulté » a bénéficié d'une attention particulière pour s'adapter aux besoins grandissants de ses usagers.

Au chapitre des améliorations importantes dans les autres programmes, notons la révision des processus de vaccination en milieu scolaire. L'initiative a grandement porté fruit en favorisant les attitudes positives auprès des jeunes et de leurs parents à l'égard de la vaccination. Dorénavant, le CSSS du Sud-Ouest–Verdun se classe au 1^{er} rang pour le taux de protection vaccinal recommandé par le programme de vaccination en milieu scolaire parmi les douze CSSS de Montréal.

Toujours à l'affût des pratiques innovantes, le programme Multiclientèles a élargi son expertise en développant de nouvelles habiletés professionnelles en suivant la technique du « vidéo feedback ». Essentiellement, il s'agit d'utiliser la vidéo comme levier clinique pour contribuer au développement des habiletés parentales et au renforcement du lien d'attachement.

Priorité services à l'utilisateur

Préoccupé par le fort taux d'enfants de son territoire arrivant à l'école avec un retard de développement, le CSSS a développé un service de dépistage de sa clientèle âgée de 18 mois. Actuellement à l'étape de projet pilote, l'activité est réalisée dans le cadre de cliniques d'immunisation. Par l'intermédiaire d'outils validés, et soutenus par un membre du personnel, les parents sont mis à contribution dans les périodes précédant et succédant la vaccination de l'enfant. Des suivis adaptés sont prévus pour les enfants identifiés à risque.

Sensibles à la réalité de tous, les équipes psychosociales se sont également intéressées aux parents d'enfants atteints d'une déficience intellectuelle (DI) ou d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA). Afin d'aider ces derniers à affronter les implications de ces maladies, le CSSS a créé un groupe de rencontre. L'initiative permet à ces parents de réduire leur sentiment d'isolement et de développer leurs habiletés notamment par le biais du partage d'expériences entre participants.

Une réalité internationale prise au sérieux

L'année 2013-2014 a été immanquablement marquée par la progression fulgurante du virus EBOLA. L'épidémie, dont l'Afrique de l'Ouest est toujours le théâtre, est prise au sérieux par les différentes instances du CSSS. Un immense travail fut accompli par la direction des Services professionnels, porteuse du dossier, soutenue par la direction de la Qualité et de la planification stratégique, pour préparer l'établissement à la venue d'une personne infectée par ce grave virus. Parmi les actions concertées, la formation des équipes, l'adaptation des lieux physiques et des équipements du personnel, et finalement, la rédaction d'une procédure et d'un protocole furent les priorités.

Cette préparation à l'échelle de l'établissement s'est coordonnée avec la collaboration de toutes les directions afin que, le cas échéant, les installations, les équipements médicaux et les équipements de protection individuelle des employés soient conformes aux recommandations. Dès l'automne 2014, le CSSS était prêt pour accueillir une personne atteinte du virus EBOLA dans des conditions sécuritaires.

5. UNE PREMIÈRE LIGNE MÉDICALE ACTIVE AU SERVICE DE LA POPULATION

Le réseau local de la première ligne médicale du territoire est en bonne santé. Vivante, soutenue et fertile, la collaboration entre les médecins, les professionnels et les organismes permet une belle fluidité des services. Afin d'assurer des communications efficaces entre ces acteurs, le CSSS joue activement le rôle d'animateur et de catalyseur du réseau. À cet effet, une infolettre électronique à l'attention des médecins de famille a été créée à l'été 2014. Ce mécanisme de communication supplémentaire, simple et pertinent, permet une diffusion efficiente des informations au corps médical du territoire.

La première ligne médicale est dynamique et ses leviers de fonctionnement le sont tout autant. Ainsi, le guichet d'accès à un médecin de famille pour la clientèle orpheline a terminé une année record pour la prise en charge de patients orphelins. Tous les efforts nécessaires ont été mis pour permettre à ceux qui s'y sont inscrits de trouver un médecin de famille dans de brefs délais.

L'année 2014 a aussi été marquée par le déploiement d'infirmières cliniciennes dans le réseau local de la première ligne médicale. Le nombre d'infirmières cliniciennes a fortement augmenté dans les deux Groupes de médecine familiale (Sud-Ouest-Verdun et Centre médical Monk) tandis qu'à la Clinique réseau intégré de l'Unité de Médecine familiale de Verdun (CRI-UMF), une importante réorganisation des responsabilités entre médecins et infirmières cliniciennes s'est réalisée au bénéfice des usagers.

Services généraux

Le Centre de gestion des maladies chroniques, Action santé, poursuit sa mission de manière efficace. Le centre propose désormais un programme pour traiter les maladies pulmonaires obstructives chroniques ainsi qu'un programme de prise en charge de la clientèle post fracture de fragilisation.

En plus de servir de centre de références pour les usagers, Action santé est un haut lieu d'expertise pour les professionnels. À titre d'exemple, les intervenants qui y œuvrent ont offert une formation et un partage d'expertise multiprofessionnelle sur le diabète à plus de 80 professionnels et médecins au printemps 2014.

Même s'ils peuvent s'appuyer sur des succès incontestables, Action santé, les Services généraux et les Services courants sont toujours en mode d'amélioration continue. Quotidiennement, les processus sont révisés et la rétroaction des usagers est demandée à des fins d'améliorations et, surtout, pour s'assurer de répondre aux besoins de la population.

Santé mentale

La performance exemplaire des professionnels œuvrant dans l'équipe de santé mentale s'est grandement démarquée en 2013-2014, dépassant largement les cibles ministérielles attendues. À cet effet, un rapport de la direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des services sociaux présente en exemple à suivre notre modèle d'organisation. Le rapport met en

lumière les meilleures pratiques et les innovations mises en place dans l'équipe et souligne, plus précisément, la gestion de l'équipe, la réorganisation du travail et le suivi rigoureux des usagers.

Le secteur de la santé mentale est bien servi dans la communauté. Pour la quatrième année, le Salon de la santé mentale, initiative de la Table des partenaires en santé mentale et en dépendance du territoire, fut un franc succès. Plus de 800 visiteurs, curieux de s'instruire sur les services offerts, s'y sont déplacés. Cet événement, organisé en collaboration avec nos partenaires, dépeint l'importante mobilisation et la confiance des organismes envers notre institution.

Un nouveau corridor de services

Le déploiement d'un nouveau corridor de services, chapeauté par notre établissement, est né à l'automne 2014 sous la forme du Centre de répartition des demandes de services de l'Ouest (CRDS). Ce centre offre aux médecins de première ligne des territoires des CSSS Cavendish, de Dorval-Lachine-LaSalle, de la Montagne, de l'Ouest-de-l'Île et du Sud-Ouest-Verdun, une porte d'entrée unique pour référer leurs patients qui ont besoin d'un service spécialisé. Un responsable de la prise de rendez-vous du CRDS de l'Ouest communique avec le patient par téléphone dans les 72 heures suivant la réception de la demande de service pour lui confirmer que la demande est en traitement. Un rendez-vous est ensuite attribué selon sa priorité clinique.

Pour l'instant, les médecins de première ligne peuvent référer leurs patients pour les quatre spécialités suivantes : la cardiologie, l'ophtalmologie, l'orthopédie et la pneumologie.

6. DES ENTENTES, DES PARTENARIATS ET DES AFFILIATIONS POUR UNE PLUS GRANDE EXPERTISE

L'intérêt constant de la direction programme Santé physique et de la direction Services professionnels est d'optimiser le panier d'offres de services du CSSS du Sud-Ouest-Verdun pour assurer les soins de notre clientèle à proximité de leur domicile.

À cet effet, des ententes inter établissement en chirurgie thoracique et en chirurgie vasculaire ont été conclues. Cela nous permet de continuer de maintenir ces types de chirurgie dans l'établissement en plus de bonifier les services par l'ajout de nouveaux chirurgiens qui se joindront à l'équipe en place. À l'instar de la chirurgie, les services en urologie ont également été renforcés. Ces rehaussements de services sont possibles grâce à des partenariats et des ententes avec le Centre Universitaire de santé McGill et l'Hôpital Sainte-Justine.

Rappelons également que notre collaboration est entière avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal concernant le projet OPTILAB ainsi que pour l'amélioration de notre parc d'appareils et d'instruments médicaux.

7. DES PARTENARIATS AU BÉNÉFICE DE TOUTES NOS CLIENTÈLES

Négligence et suivi des usagers

L'année 2014-2015 signe la réalisation d'une étape-clé dans l'implantation du programme montréalais en négligence (programme Alliance). Ce programme, dédié à l'intervention en contexte de négligence, se déploiera dans les prochains mois. Il est le fruit de plusieurs activités rassembleuses qui auront permis de sensibiliser l'ensemble des partenaires (intersectoriels) sur la question de la négligence et du suivi des usagers.

Centre Jeunesse

Avec fierté, le CSSS a assumé le leadership des travaux ayant conduit à création d'un protocole d'entente entre les deux Centres jeunesse et les douze CSSS de Montréal. L'entente précise de nouvelles façons de faire lors du signalement d'adolescent impliquant une problématique d'absentéisme scolaire au Directeur de la protection de la jeunesse. Ce mandat était confié par la Table montréalaise des directeurs du programme « Jeunes en difficulté ».

Collaboration entre pairs

Les directions des programmes Hébergement et Services pour personnes en perte d'autonomie ont travaillé de concert avec le CSSS Jeanne-Mance afin d'actualiser la décentralisation du mécanisme régional d'accès à l'Hébergement.

8. UNE PRATIQUE PROFESSIONNELLE RÉPONDANT AUX PLUS HAUTS STANDARDS

Soucieuse de l'arrimage de la pratique professionnelle interne aux plus hauts standards de qualité, la direction des Soins infirmiers et des services multidisciplinaires (DSISM) a mis en place trois comités d'amélioration continue portant sur la prévention des chutes et mesures de contrôle, les signes et les symptômes de dépression et du risque suicidaire et les régimes de protection. Ces comités ont pour principal mandat d'assurer la pérennité des politiques, procédures et protocoles cliniques sur le « terrain ».

La DSISM, vigie de l'excellence des professionnels cliniques, a également réalisé une réingénierie et une harmonisation de plus de 300 formulaires cliniques utilisés en CLSC. La mission hébergement a aussi bénéficié du support clinique de la direction et a développé *l'Approche adaptée à la personne âgée en hébergement* à l'automne 2014. Concrètement, ce projet vise le développement de super infirmières qui assument un leadership clinique dans leur milieu. Finalement, la relève infirmière dynamique de l'organisation s'est encore illustrée de belle façon. Le comité de la relève infirmière a lancé les Jeux intramurales pour le développement des compétences des jeunes infirmières.

9. LA GRANDE QUALITÉ DE NOS MILIEUX DE VIE EN HÉBERGEMENT RECONNUE

Au cours de la dernière année, une visite ministérielle d'évaluation de la qualité a eu lieu dans chacun des six centres d'hébergement suivants : Réal-Morel, Louis-Riel, des Seigneurs, Yvon-Brunet, Manoir-de-Verdun et Champlain. Le Centre d'hébergement de Saint-Henri a, de son côté, reçu une visite de suivi. Les visiteurs ont reconnu la grande qualité des milieux de vie des centres d'hébergement du CSSS du Sud-Ouest–Verdun. Les quelques recommandations d'amélioration identifiées ont fait l'objet de plans d'action locaux impliquant les équipes de travail. À la suite de cette reconnaissance, le ministre de la Santé et des Services sociaux a souhaité mieux connaître le modèle de gestion du CSSS et nous a demandé de faire une présentation au sujet de la préparation aux visites ministérielles à la table des directeurs d'hébergement de l'Agence.

Parmi les grandes réalisations de la direction Hébergement, notons l'adoption du programme de soins de fin de vie en hébergement. Ce programme vise à améliorer la qualité des soins et des services en fin de vie et à diminuer les transferts évitables à l'hôpital dans les derniers moments. Implanté dans nos sept centres d'hébergement, ce programme a nécessité la formation de l'ensemble du personnel des équipes soignantes et la création de comités de travail sur la fin de vie en centre d'hébergement.

Des soins adaptés à tous les résidents

Afin d'être en mesure d'accueillir une clientèle plus alourdie, plus de 170 lits ont été rehaussés dans nos centres d'hébergement au cours de la dernière année. Parallèlement, plus d'un million de dollars ont été investis pour l'ajout de personnel sur les unités de soins dans un souci d'harmonisation des structures entre les différents centres d'hébergement.

Également, l'adaptation des équipes et des services aux réalités d'une clientèle en plus grande perte d'autonomie et aux prises avec des démences se poursuit, notamment par les projets suivants :

- mise en place d'un projet d'envergure de rehaussement des compétences infirmières en gériatrie visant la formation sur l'approche adaptée aux personnes âgées
- formation d'équipes de coachs sur les déficits cognitifs
- formation des préposés sur les approches à préconiser avec des résidents qui ont des démences et des troubles de comportements associés
- poursuite de l'adaptation des activités de loisirs offertes aux résidents afin de mieux les rejoindre
- implantation systématique de programmes de marche
- mise en place de communautés de pratiques pour les professionnels des sept centres

Enfin, une entente avec le syndicat CSN a été adoptée dans le but d'assurer le respect des choix des résidents quant au genre (masculin ou féminin) de l'intervenant assurant leurs soins intimes. Cette entente permet d'afficher certains postes sexués de façon à assurer la présence de préposés hommes ou femmes en fonction des préférences des résidents.

Une seule liste de rappel pour le CSSS, sous la direction Hébergement

À la suite de la fusion des listes de rappel Santé-physique et CLSC-Hébergement, une seule liste de rappel assure maintenant les services pour l'ensemble du CSSS. Sous la direction de l'hébergement, cette liste unifiée permet d'assurer une meilleure continuité des soins par la diminution de la MOI et du TS, par une gestion optimale des horaires et par la révision des processus de remplacement. En hébergement, on assiste actuellement à une réduction importante de la MOI et TS pour les infirmières, infirmières auxiliaires et PAB par la mise en place de différentes stratégies telles que l'orientation à l'embauche, la formation continue et une gestion harmonisée des horaires.

Optimiser pour mieux servir la clientèle

D'autres projets d'optimisation ont eu lieu au cours de la dernière année. Parmi ceux-ci, on note la standardisation des plans de travail PAB au Centre d'hébergement Yvon-Brunet. Un projet pilote avait d'abord eu lieu au Centre d'hébergement Champlain. Ce projet a permis la mise en place d'un nouvel outil de travail plus complet, mieux adapté en plus d'être informatisé, ce qui facilite grandement la continuité des services aux résidents.

Toujours au cours de l'année 2014-2015, un vaste exercice de révision de la structure de postes de préposés aux bénéficiaires (PAB) au Centre d'hébergement Yvon-Brunet a été réalisé afin d'accroître la stabilité de la main d'œuvre. Seulement 19 % des postes de PAB étaient à temps complet, ce qui causait l'exode de la main-d'œuvre. Pour corriger la situation, plusieurs acteurs ont été mis à contribution, dont les employés, le Service des relations de travail, le service de la PMO-Dotation et la partie syndicale. Une entente avec le syndicat CSN a d'ailleurs été adoptée. À la suite de cet exercice, près de 37 % des postes sont maintenant à temps complet.

10. UN CSSS RÉSOLUMENT TOURNÉ VERS LA TECHNOLOGIE

Impossible de faire abstraction de la nécessité et de la progression de la technologie dans le domaine de la santé. La direction des Ressources informatiques et informationnelles a accompli, encore une fois cette année, un travail exceptionnel. Impliquée sur tous les fronts et sollicitée constamment par les équipes, cette direction a également mené plusieurs de ses projets informatiques internes à terme en plus de collaborer aux travaux régionaux découlant des demandes ministérielles d'optimisation des technologies de l'information.

Parmi les projets internes, mentionnons la poursuite de l'installation de l'imposant système de téléphonie IP. Aujourd'hui, c'est plus de 1700 employés répartis sur six sites, dont l'Hôpital de Verdun, qui utilisent ce mode de communication. En plus de faire l'installation matérielle, les équipes informatiques ont offert la formation et le soutien nécessaire à l'utilisation des terminaux.

D'importants travaux ont aussi été achevés pour soutenir technologiquement le projet « Ma première ligne numérique ». Ce dernier est réalisé en collaboration avec CEFRIO, Telus, Audisoft et les directions programmes Services pour personne en perte d'autonomie et Hébergement

ainsi qu'avec le support de la direction des Soins infirmiers et des Services multidisciplinaires. Le même soutien informatique fut apporté au projet de renouvellement des équipements PACS ainsi qu'à la CRI-UMF pour la mise en place d'un système d'inscription informatisé pour le sans rendez-vous.

La progression du projet OACIS est également une grande réalisation technologique, tout comme le début de la numérisation des dossiers des usagers en CLSC, l'excellent départ pour l'implantation du visualiseur et la remise des premiers accès au Dossier santé Québec (DSQ).

11. DE PROJETS LEAN À UNE CULTURE LEAN

Il y a trois ans, en 2012, le CSSS débutait son tout premier projet Lean en imagerie médicale, accompagné de la firme Fujitsu. Jusqu'à maintenant, ce sont 15 projets d'optimisation, 3 ateliers 3P et 6 ateliers 5S qui ont eu lieu dans l'établissement, toutes missions confondues. Au-delà de ces projets, l'objectif ultime de cette démarche a toujours été d'instaurer une culture organisationnelle basée sur les principes de gestion du Lean. Bien qu'un changement de culture prenne généralement plusieurs années à s'opérer, le Lean s'est déjà bien intégré aux façons de faire du CSSS et, surtout, à la façon de penser de son personnel.

Ayant achevé leur contrat parmi nous, les conseillers de la firme Fujitsu nous ont quittés à l'automne dernier, laissant nos quatre agents Lean bien en selle et capables d'assurer le relèvement. Ces quatre agents ont tous reçu leur certification Green-Belt de Fujitsu et trois d'entre eux sont actuellement formés pour obtenir leur Black Belt, l'une des certifications les plus avancées dans le domaine du Lean. Un cadre intermédiaire est également en processus de certification Green-Belt avec la firme Linovati.

L'équipe d'agents Lean a aussi été formée pour donner la formation White-Belt de façon autonome, a adapté la formation à la réalité du CSSS et s'est dotée du matériel requis pour faire la simulation traditionnelle Lean. Plusieurs formations ont également été créées par les agents, soit LMS (Lean management system), la méthode 3P, l'outil 5S et la marche Gemba. Nul doute que cette équipe solide et qualifiée saura continuer de faire progresser le CSSS et ses équipes dans l'implantation du Lean et en assurer la pérennité.

Le profil de compétence des cadres en ligne avec la nouvelle philosophie de gestion

À la suite de l'adoption d'une nouvelle philosophie de gestion basée sur le Lean, le profil de compétences génériques du personnel d'encadrement a été révisé. Parallèlement, un outil convivial d'évaluation du niveau de maîtrise des compétences de gestion a été élaboré en collaboration avec une firme externe. Cet outil permet d'identifier les forces et les points d'amélioration des cadres dans une perspective de développement et favorise l'intégration des pratiques Lean dans la gestion des équipes et des personnes.

L'outil 3P – Impliquer les équipes dans le réaménagement de leurs locaux

Le 3P est un outil du Lean qui permet d'impliquer les employés dans le réaménagement de leurs locaux. La méthode consiste à planifier l'aménagement d'un espace en cohérence avec les processus de travail ainsi qu'avec les trajectoires des personnes (clients et personnel) et du matériel. Concrètement, il s'agit de créer différents scénarios d'aménagement sur papier, de sélectionner l'aménagement final et de créer une maquette de l'aménagement sélectionné, maquette qui sera remise à l'architecte en vue de la création des plans finaux. L'équipe d'agents Lean ainsi que plusieurs membres de la direction des Ressources matérielles ont été formés à la méthode 3P en juin 2014, une formation de deux jours donnée par l'ÉTS.

Au tour des cadres intermédiaires de « gembader »

Au cours des derniers mois, tous les directeurs ont réalisé plusieurs marches Gemba dans différents secteurs de l'établissement. Cette pratique, qui permet aux gestionnaires de mieux comprendre la réalité du terrain, semble maintenant bien intégrée par tous les membres du comité de direction. L'objectif à atteindre pour 2015 est maintenant d'amener tous les cadres intermédiaires à « gembader ». Jusqu'à maintenant, ce sont 33 cadres intermédiaires qui ont reçu la formation et qui ont commencé à faire des marches Gemba.

Projets Lean et formations ayant eu lieu dans la dernière année

- Poursuite du projet *Liste de rappel* et implantation des nouveaux processus en septembre 2014.

Démarrés à l'été 2014

- Juin 2014 : Atelier 5S Soins intensifs de l'Hôpital de Verdun
- Juillet 2014 : Atelier 3P pour la planification de l'aménagement de la protection rénale
- Juillet 2014 : Atelier 3P pour la planification de l'aménagement de la médecine de jour et de la préadmission
- Août 2014 : Atelier 3P pour la planification de l'aménagement de la future unité de soins 3^e centre

Septembre 2014

- Clôture de 3 projets d'optimisation de vague 3 débutés à l'automne 2013 (archives, cliniques externes et planification des congés au 2^e sud)

Démarrés à l'automne 2014

- Septembre 2014 : Projet d'optimisation : Gestion des inventaires – phase 1
- Octobre 2014 : Atelier 5S Unité de soins 4^e sud
- Octobre 2014 : Formation Gemba cadres intermédiaires de la direction des Ressources matérielles
- Octobre 2014 : Projet 3^e centre | Volet ressources humaines
Atelier ayant pour objectif de définir une stratégie intégrée de dotation des postes et d'embauche du personnel de la nouvelle unité de soins 3^e centre
- Décembre 2014 : Atelier 5S à l'unité de soins 5^e sud

Démarrés à l'hiver 2015

- Janvier 2015 : Atelier 5S Unité de soins 3^e sud
- Janvier 2015 : Formation Gemba – cadres intermédiaires direction SPPA
- Février 2015 : Atelier 5S – Centre d'hébergement Champlain
- Mars 2015 : Formation Gemba – cadres intermédiaires Réal Morel

13 février 2015

Sélection des projets Lean pour le printemps 2015

12. SÉRIE DE TRAVAUX ET DE RÉAMÉNAGEMENTS POUR MIEUX DESSERVIR LA CLIENTÈLE

Vers l'agrandissement et la modernisation de l'Hôpital de Verdun

Le 17 novembre 2014, le Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest–Verdun a accueilli avec enthousiasme l'annonce faite conjointement par M. Gaétan Barrette, ministre de la Santé et des Services sociaux, ainsi que par M. Jacques Daoust, ministre de l'Économie, de l'Innovation et des Exportations, et député de Verdun, concernant l'agrandissement et la modernisation de l'Hôpital de Verdun.

Le projet, qui avait été officiellement inscrit au Plan québécois des infrastructures (PQI) 2014-2024, a franchi une nouvelle étape importante. Les dirigeants du CSSS ont été autorisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux à réaliser l'étude d'opportunité du Plan directeur immobilier.

Les maires des arrondissements de Verdun et du Sud-Ouest, MM. Jean-François Parenteau et Benoit Dorais, ainsi que des acteurs clés de la communauté verdunoise assistaient à ce moment historique pour l'Hôpital de Verdun.

Fondé en 1932, l'Hôpital de Verdun doit être mis aux normes afin de continuer à offrir des services sécuritaires et de qualité. Le plan déposé au ministère prévoit des travaux de modernisation importants et une hausse de 39 % de la superficie totale de l'Hôpital pour un montant évalué à près de 144 M\$ (143 736 210 \$).

« Depuis plus de 10 ans, nous avons travaillé avec un seul but en tête, celui de moderniser et d'agrandir nos installations afin de soutenir la mission de l'Hôpital. Nous croyons que notre parcours d'excellence est, pour l'avenir, une garantie de qualité pour la population que nous servons. C'est avec fierté et responsabilité que nous entrevoyons la suite. » Mme Sonia Bélanger, directrice générale du CSSS du Sud-Ouest–Verdun.

35 lits supplémentaires à l'Hôpital de Verdun

Le CSSS du Sud-Ouest–Verdun a ouvert une nouvelle unité d'hospitalisation de 35 lits le 30 mars 2015. L'unité de soins 3^e centre est une unité modèle en médecine spécialisée qui accueillera, notamment, des patients de médecine interne, de néphrologie et de

pneumologie. En tant que médecins traitants de cette unité, les médecins spécialistes assureront le suivi de leurs patients pour toute la durée de leur séjour. L'aménagement de cette nouvelle unité a demandé une réorganisation de plusieurs locaux à l'Hôpital de Verdun. Notamment, la médecine de jour a déménagé avec la préadmission à l'ancienne urgence et la protection rénale a emménagé dans l'ancienne pharmacie. Avec l'ouverture de cette nouvelle unité, l'Hôpital de Verdun vient augmenter sa capacité d'accueil ce qui est une excellente nouvelle pour la population du Sud-Ouest et de Verdun!

[La clinique de relance de l'Hôpital de Verdun déménage au CLSC de Verdun](#)

Le 1^{er} décembre, la clinique de relance, qui se tenait dans les locaux des cliniques externes de l'Hôpital de Verdun, a déménagé au CLSC de Verdun. Ce déménagement a permis à la clinique de relance d'occuper des locaux mieux adaptés aux besoins des usagers et du personnel en plus de permettre la libération de locaux qui se font rares à l'Hôpital de Verdun.

[Une deuxième salle échographie cardiaque \(EPM\)](#)

La deuxième salle d'échographie cardiaque est en fonction depuis octobre 2014. Ainsi grâce à la Fondation de l'Hôpital de Verdun, nous avons pu acquérir un deuxième échographe. Des travaux de rénovations ont aussi été réalisés afin d'aménager la salle d'examen requise. L'intégration d'une technologue spécialisée à l'équipe des cardiologues échographistes permet d'utiliser cette nouvelle salle à sa pleine capacité. Ce projet permet aux cardiologues de respecter les normes d'ICAEL sans impacter les volumes d'examens réalisés. Les délais de rendez-vous se maintiennent à moins de 8 semaines pour la clientèle externe. De plus, les délais d'attente ont diminué de près de 50 % pour la clientèle hospitalisée grâce à des plages de rendez-vous dédiées.

[Implantation de la traçabilité en stérilisation](#)

Un système de traçabilité a été déployé à l'URDM suite à la rénovation complète de cette unité tel que recommandé par Agrément Canada. Ce système nous permet de s'assurer de la qualité des étapes de retraitement tout au long du processus de stérilisation jusqu'à l'utilisation des instruments à l'usager. Il permet également la gestion des réparations et de la maintenance des instruments, la gestion d'inventaire et la localisation rapide des dispositifs.

L'utilisation de ce système comporte plusieurs avantages dont la diminution des risques d'erreur liés au contrôle des procédures de montage, la facilité d'assemblage des plateaux avec des outils de référence informatique (vidéo, photo) et des rapports statistiques complets. Ce système standardise les procédures de travail et nous assure d'un produit de qualité.

Tableau des travaux réalisés dans les sites du CSSS du Sud-Ouest–Verdun

Des projets de développement en attendant le Plan directeur immobilier de l'Hôpital de Verdun

Hôpital de Verdun	
Réaménagement du bloc opératoire	1,2 M\$
Endoscopie	3,0 M\$
Chirurgie d'un jour	1,2 M\$
Ajout d'une unité de soins de 35 lits	1,6 M\$
Réfection de l'enveloppe 400	650 k\$
Aménagement d'une salle en radiologie	1,2 M\$
Mise à niveau alarme incendie	550 k\$
Mise à niveau plomberie	200 k\$
Réfection de maçonnerie	200 k\$
Accessibilité aux personnes à mobilité réduite	200 k\$
Hotte intelligente (cuisine)	220 k\$

Des centres d'hébergement sécuritaires et conviviaux

Au cours de l'année 2013-2014, nos centres d'hébergement ont bénéficié d'importants investissements immobiliers afin de les rendre plus fonctionnels et mieux adaptés à la réalité des soins et services qui y sont dispensés.

Centre d'hébergement Champlain	
Mise à niveau du système de ventilation	100 k\$
Modernisation de cinq ascenseurs	705 k \$
Réaménagement des salles de bains	225 k \$

Centre d'hébergement des Seigneurs	
Réfection des planchers et des cuisinettes	150 k \$
Remplacement panneau AI	150 k \$
Remplacement appel de garde	150 k \$

Centre d'hébergement Réal-Morel	
Réfection des planchers et des cuisinettes	150 k \$
Remplacement panneau AI	150 k \$
Remplacement appel de garde	150 k \$

Centre d'hébergement du Manoir-de-Verdun	
Rénovation 11 cuisinettes	100 k \$
Remplacement appel de garde	150 k \$
Remplacement panneaux AI	300 k \$

Centre d'hébergement Yvon-Brunet	
Remplacement portes et fenêtres	80 k \$
Remplacement appel de garde	300 k \$
Rénovation de cinq cuisinettes	500 k \$
Finis intérieures	100 k \$

Centre d'hébergement Louis-Riel	
Remplacement système de ventilation	300 k \$
Remplacement chaudière électrique	30 k \$
Remplacement chaudière à gaz	30 k \$

13. UNE ANNÉE FORT OCCUPÉE SUR LE PLAN DES COMMUNICATIONS

Des événements hauts en couleur

Plusieurs événements ont été organisés par le CSSS au cours de la dernière année. Parmi ceux-ci, notons la première pelletée de terre de la Ressource intermédiaire Notre-Dame-de-la-Paix, qui a eu lieu le 26 août 2014. De pair avec un promoteur privé, le CSSS a lancé les travaux lors d'une cérémonie où différents dignitaires, dont le maire de Verdun, M. Jean-François Parenteau, étaient présents. La Ressource intermédiaire Notre-Dame-de-la-Paix sera un ajout de services à l'offre du CSSS. Ce milieu de vie de 155 unités, dont 110 seront dédiés à la ressource intermédiaire du CSSS, accueillera des personnes en perte d'autonomie, mais suffisamment autonomes pour ne pas nécessiter tous les soins offerts en centre d'hébergement. Le nouveau site accueillera ses premiers clients dès l'automne 2015.

Le 17 septembre 2014 avait lieu l'événement de clôture de la 3^e vague de projets Lean à l'Hôpital de Verdun. Ce fut l'occasion pour les équipes des projets Cliniques externes, Archives en CLSC et 2^e sud de célébrer leurs résultats. Suivait, le 22 septembre, le lancement du portrait de la population du Sud-Ouest-Verdun en présence de médecins, de pharmaciens et de membres des organismes communautaires du territoire. Cet outil permet de mieux comprendre la réalité et les besoins de la population et d'adapter les services en conséquence.

Le 17 novembre se tenait une conférence de presse en présence du ministre de la Santé et des Services sociaux, Dr Gaétan Barrette, pour annoncer une importante étape vers la réalisation du Plan directeur immobilier de l'Hôpital de Verdun (voir section Vers l'agrandissement et la modernisation de l'Hôpital de Verdun). Le 22 octobre, l'établissement procédait à la séance publique annuelle d'information qui, cette année, aura permis de souligner les 10 ans du CSSS (voir section 10ans. Santé!). Enfin, le 11 mars 2015, on dévoilait les nouveaux fauteuils roulants bariatriques conçus en partenariat avec les employés et on rendait hommage à M. Robert Degray, qui fut membre du conseil d'administration du CSSS de 2007 à 2014 et président du comité des usagers du CSSS de 2004 à 2013.

L'offre de service de la direction des Communications s'élargit

Au cours des dernières années, l'offre de service de la direction des Communications et des Relations publiques a grandement évolué. En effet, l'équipe des communications s'est perfectionnée pour offrir un accompagnement stratégique et opérationnel à l'ensemble des directions du CSSS afin de les soutenir dans leurs différents projets. Plusieurs projets d'envergure ont ainsi pu bénéficier d'un accompagnement personnalisé, dont Lean, Agrément, la campagne de vaccination contre l'influenza et Mon milieu de travail et moi.

L'offre de service en graphisme s'est elle aussi grandement développée. La qualité des présentations PowerPoint, dépliants, guides, logos, affiches et pictogrammes réalisés à l'interne donne une excellente image à notre CSSS.

Une belle expertise a aussi été développée dans la réalisation de vidéos. Les communications agissent comme gestionnaire de projet pour en arriver à des vidéos pédagogiques qui assurent un transfert de connaissances efficace. Au cours de la dernière année, plusieurs vidéos ont été tournées dans le cadre du Lean, dont Penser autrement (3e vague de projet Lean), L'atelier 3P, La mobilisation médicale autour du Lean – Mission possible au CSSS du Sud-Ouest–Verdun et La gestion des parties prenantes. Ces vidéos sont disponibles sur le site intranet (section Lean) et sur www.sov.qc.ca :

(<http://www.sov.qc.ca/votre-csss/qui-nous-sommes/un-etablissement-lean/>).

Une belle collaboration s'est également établie entre la direction des Communications et la Fondation de l'Hôpital de Verdun, qui a choisi de confier à l'équipe des communications plusieurs mandats de graphismes, notamment pour son bal masqué.

Notons également qu'au cours de la dernière année, la direction des Communications et des Relations publiques a mis à jour la politique des communications de l'établissement.

Développement d'un plan pour mieux gérer la réputation du CSSS

La réputation est à la fois l'un des biens les plus précieux et les plus vulnérables d'une organisation. D'une bonne réputation découle la confiance, qui à son tour attire les clients et du personnel qualifié. Comme beaucoup d'autres organisations, le CSSS du Sud-Ouest–

Verdun est conscient de l'importance de la gestion des risques liés à la réputation et a souhaité identifier des actions concrètes pour protéger sa réputation, voire même l'améliorer. Pour se faire, un plan de gestion de la réputation a été élaboré à l'hiver 2014. Ce plan amorce une réflexion sur plusieurs aspects sur lesquels le CSSS aura à se positionner, notamment sur la place qu'il souhaite occuper sur les réseaux sociaux.

[Un site internet dédié exclusivement à l'Hôpital de Verdun](#)

Développé à l'automne et à l'hiver 2014, un nouveau site Internet exclusif à l'Hôpital de Verdun sera mis en ligne au printemps 2015. Ce site permet de centraliser tout le contenu en lien avec l'Hôpital pour faciliter l'accès à l'information à la population et pour diriger les usagers vers les bons services.

6

**ACTIVITÉS DE
L'ÉTABLISSEMENT :
BILAN DES RÉALISATIONS
DU PLAN STRATÉGIQUE**

Orientation stratégique 1

Développer un climat organisationnel mobilisateur pour le personnel et les médecins, maximiser l'attraction, la rétention et la contribution optimale de ceux-ci dans le CSSS

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
Axe d'intervention : Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau				
5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre pour l'établissement de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles.	Dépôt d'un plan de main-d'œuvre. Indicateur 3.08	Dépôt d'un plan de main-d'œuvre à chaque année.	Réalisé	Cible atteinte. Le plan prévisionnel des effectifs et le plan d'action ont été envoyés à l'Agence le 26 septembre 2014. Ces plans sont mis à jour à l'automne de chaque année avec les données du 31 mars.
5.1.4 Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail.	Pourcentage d'établissement ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail (MSSS et ASSSM). Indicateur 3.09	Avoir réalisé une démarche.	Réalisé	Cible atteinte. Quatorze (14) projets LEAN complétés (dont 4 ateliers 3P) et cinq (5) autres projets en cours.
5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité.	Pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires. Indicateurs 3.05.01 3.05.02	Infirmières ≤ 3,73 % Personnel réseau ≤ 2,47 %	Infirmières : 3,89 % Personnel réseau : 2,51 %	Valeurs en P12.
5.1.6 Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique.	Pourcentage des heures travaillées par du personnel clinique à l'emploi des agences privées (soins infirmiers, autres secteurs à préciser). Indicateurs 3.06.01	infirmières ≤ 4,23 % inf. aux. ≤ 1,58 % PAB ≤ 1,58 % inhalo. ≤ 1,00 %	infirmières = 3,74 % inf. aux. = 1,87 % PAB = 4,17 % inhalo. = 0,02 %	Cibles partiellement atteintes (3/4). Valeurs en P12.

Orientation stratégique 1

Développer un climat organisationnel mobilisateur pour le personnel et les médecins, maximiser l'attraction, la rétention et la contribution optimale de ceux-ci dans le CSSS

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
	3.06.02 3.06.03 3.06.04			
Axe d'intervention : Rétention et mieux-être au travail				
5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel de l'établissement en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé.	Pourcentage d'établissements ayant participé à un programme de mobilisation des ressources humaines. (MSSS)	Avoir participé à un programme. (MSSS : 100 % des établissements ont réalisé une démarche)	Réalisé.	Cible atteinte. Implanter la norme 4 de HPS - <i>Développer un milieu de travail sain</i> (stratégie employeur de choix).
	Ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées. Indicateur 3.01	≤ 5,78 %	5,50 %	Cible atteinte. Valeur en P12.
5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle et des cadres au milieu de travail.	Nombre de cadres formés	10 cadres formés (2015)	31	Cible atteinte. Au 31 mars 2015, nous avions 31 employés qui avaient terminé le programme et 14 autres qui y étaient inscrits. Poursuite des activités du comité de la relève infirmière (CRI). Programme préceptorat en santé physique et en hébergement s'adressant aux professionnels avec moins de 2 ans d'expérience.

Orientation stratégique 1

Développer un climat organisationnel mobilisateur pour le personnel et les médecins, maximiser l'attraction, la rétention et la contribution optimale de ceux-ci dans le CSSS

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
Supporter la gestion du changement incluant la réorganisation du travail, lorsque requis.	Mécanisme de soutien à la gestion du changement.	Existence d'un mécanisme de soutien à la gestion du changement.	Réalisé.	Cible atteinte. La DRHDO possède une équipe de conseillers en gestion de changement. Cette équipe accompagne les cadres et les équipes dans la gestion du changement et participe à tous les projets LEAN.
Valoriser la reconnaissance à tous les niveaux de l'organisation.	Résultats du sondage de mobilisation.	Taux moyen mobilisation : 72 %	73 %	Cible atteinte. Sondage de mobilisation en octobre 2014 dans le cadre de la démarche d'agrément. Présentation des résultats de mobilisation CSSS et des directions. Tournée complétée avec les gestionnaires pour discuter de leurs résultats et pour préparer la rencontre avec leurs équipes. Dépôt des plans d'action en mai 2015. Nous avons un programme de reconnaissance en place depuis plusieurs années. Mise en place du plan d'action en novembre 2014. Tous les nouveaux cadres reçoivent une formation sur la reconnaissance au cours de la première année.

Orientation stratégique 2

Améliorer la qualité, la sécurité et la performance des services que nous offrons

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
Axe d'intervention : Qualité, sécurité, performance				
4.1.2 Soutenir l'implantation de guides de pratique, de cheminement clinique et de standards dans le CSSS. (MSSS : Soutenir l'implantation des guides de pratique et des standards cliniques dans le réseau de la santé et des services sociaux)	Nombre de guides de pratique, de cheminement clinique et de standards ayant fait l'objet d'un processus d'implantation et de suivi.		Plus de 20 outils nouveaux ou révisés, dont : <ul style="list-style-type: none"> • 11 règles de soins infirmiers ; • 9 nouvelles ordonnances collectives, dont 4 pour le secteur de l'urgence. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Développement de pratiques cliniques au programme SPPA et services généraux. 2. Révision du programme orientation au programme SPPA et services généraux 3. RSI « Prévention des plaies de pression » 4. RSI « Double vérification indépendante lors de la préparation des médicaments à risque élevé » 5. Répertoire d'épreuves diagnostiques disponible pour le personnel soignant sur Intranet. 6. Développement du formulaire « Cardiologie - Ordonnances initiales du médecin » 7. Révision du rôle des assistantes du supérieur immédiat pour les unités du 2 Sud et du 3 Sud (jour et soir) 8. Révision des rôles et responsabilités des infirmières, infirmières auxiliaires et des préposés bénéficiaires à l'unité du 3 Sud

Orientation stratégique 2

Améliorer la qualité, la sécurité et la performance des services que nous offrons

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
				<p>9. Développement de 7 modèles d'interventions (Médiplan) : épreuves diagnostiques et cardiologie;</p> <p>10. Révision de 5 modèles d'interventions (Médiplan) : épreuves diagnostiques et mesure de contrôle</p> <p>11. Politique et protocole clinique Prévention et gestion des chutes</p> <p>12. Protocole clinique Prévention et gestion du risque suicidaire</p> <p>13. Révision de la politique de la Double vérification</p> <p>14. Révision de la politique Transfert de l'information</p> <p>15. Cadre de soutien clinique pour l'équipe de santé mentale adulte, service généraux et accueil</p> <p>16. Révision et harmonisation du programme de stimulation à la marche en hébergement</p> <p>17. Guide de retrait chez l'enfant de 0-17 ans</p> <p>18. Révision et harmonisation de 600 formulaires à 350 en CLSC</p> <p>19. Guide d'utilisation du nouveau pousse-seringue Medifusion</p>

Orientation stratégique 2

Améliorer la qualité, la sécurité et la performance des services que nous offrons

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales, faisant l'objet d'une surveillance provinciale, inférieurs ou égaux aux seuils établis.	Taux de diarrhée à <i>Clostridium difficile</i> (DADC), de bactériémies à SARM et de bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs (BCC).	DADC : 6,3 SARM : 0,56 BCC : 3,3	DADC : 7,7 SARM : 0,14 BCC : 1,13	20. Implantation de nouveaux outils de suivis des performances au programme Multicentriales Valeurs au 2015-04-23. (Taux : nombre de cas par 10 000 patients-jours)
Développer une culture de la qualité et de la sécurité.	Proportion d'accident avec conséquences graves (G et plus) Résultat d'agrément	Réduire de 10 % le nombre d'accidents avec conséquences graves (cumulatif pour l'ensemble du CSSS) Obtenir un agrément avec mention en 2011 et 2015.	2014-2015 11 sur un total de 7001 (1,6 %) Agrément 2011 : agrément avec condition Agrément 2015 : visite prévu du 28 septembre au 2 octobre	Valeurs au 2015-04-22. Source : Gesrisk Agrément 2015 : 1. Sondage de mobilisation du personnel : nombre de participants record, 2563 (64 %), en seulement 17 jours. 2. Sondage sur la culture de sécurité : 99 % des employés sondés jugent acceptable à excellente la sécurité des usagers dans son ensemble 3. Sondage de satisfaction de la clientèle : indice global de satisfaction de 87 %

Orientation stratégique 2

Améliorer la qualité, la sécurité et la performance des services que nous offrons

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
Accentuer le travail en interdisciplinarité	Développer un plan conjoint (CMDP, CII, CM) sur l'interdisciplinarité		Programme d'accueil et d'intégration, formation, accompagnement clinique.	Autres réalisations : 1. Révision de la politique et de la procédure de gestion des incidents et des accidents 2. Révision de la politique et de la procédure de divulgation d'un accident 3. Révision du règlement du comité de gestion des risques 4. Mise à jour du registre des risques Direction du programme Multicentriques : Implantation du comité d'orientation clinique (multidisciplinaire) et Politique et procédure sur le plan d'intervention
Axe d'intervention : Optimisation de l'utilisation des ressources				
6.1.1 Mettre en œuvre des projets structurés d'optimisation de l'utilisation des ressources générateurs de gains de performance pour le réseau de la santé et des services sociaux, en misant sur la rationalisation : <ul style="list-style-type: none"> des processus de dispensation de services cliniques (p. ex. blocs opératoires, plateaux techniques et d'imagerie, etc.); 	Réaliser des projets Lean d'optimisation dans différents secteurs de l'établissement.	2014-2015 : Avoir réalisé 10 projets Lean dans le cadre du projet ministériel	14 projets complétés.	Cible atteinte. Projets LEAN complétés: 1. Optimisation des processus en tomo-densitométrie et en échographie 2. Optimisation des processus au bloc opératoire 3. Amélioration de l'organisation des rendez-vous médicaux pour les résidents des centres d'hébergement

Orientation stratégique 2

Améliorer la qualité, la sécurité et la performance des services que nous offrons

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
<ul style="list-style-type: none"> • de services auxiliaires et administratifs (p. ex. buanderie, approvisionnement, entreposage, achats, etc.) 				<ol style="list-style-type: none"> 4. Harmonisation des menus en hébergement et optimisation de l'approvisionnement alimentaire 5. Optimisation du service informatique de la DRH 6. Harmonisation et optimisation des processus d'accueil et de rendez-vous en CLSC 7. Optimisation du processus de prêt des fauteuils roulants à l'Hôpital de Verdun 8. Optimisation des processus des centres de prélèvements 9. Optimisation des services ambulatoires spécialisés à l'Hôpital de Verdun (cliniques externes) 10. Amélioration des processus de travail aux archives en CLSC 11. Révision des mécanismes de planification du congé des patients en cardiologie 12. Aménagement de la protection rénale (3P) 13. Aménagement de la médecine de jour et de la préadmission (3P) 14. Aménagement de l'unité de soins spécialisés 3e centre (3P)

Orientation stratégique 2

Améliorer la qualité, la sécurité et la performance des services que nous offrons

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
	Formation LEAN.	Former à la méthode Lean : Tous les cadres Tous les membres du CECMDP Tous les chefs de département Tous les membres du CA 80 % des médecins Former 5 agents green belt 2 agents black belt	95 % 100 % 100 % 100 % Non réalisé 4 complétés (1 en cours) 1 complété et 2 en cours	Automne 2014 – hiver 2015 : Gestionnaires formés à l'approche gestionnaire-coach Hiver-printemps 2015: Rehaussement des outils RH cadres (arrimage du formulaire d'appréciation du rendement annuel des cadres avec le nouveau de profil des compétences et la philosophie de gestion Lean). Formations Gemba complétée pour les directeurs, en cours pour les cadres intermédiaires.

Axe d'intervention : Expertise et formation

Soutenir le développement de la mission académique et de la recherche à l'intérieur de l'établissement.	Niveau d'activité d'enseignement (nombre de stagiaires) et de recherche (nombre de projets).	Augmenter de 10 % le nombre de stagiaires.	<p>Médecins :</p> 2011-2012 : 218 2012-2013 : 237 2013-2014 : 240 2014-2015 : 244 Personnel infirmier : 2011-2012 : 1684 2012-2013 : 1725 2013-2014 : 1960 2014-2015 : 1875 Personnel professionnel et technique : 2011-2012 : 181 2012-2013 : 258 2013-2014 : 277 2014-2015 : 227	<p>Le CSSS a des ententes avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> L'Université de Montréal (entente d'affiliation); L'École de technologie supérieure (entente de collaboration); Le cégep André-Laurendeau; L'École des métiers des Faubourgs; L'École de formation professionnelle de l'ouest de Montréal. <p>Commentaires : 1. DSISM soutient deux projets de maîtrise</p>
---	--	--	---	--

Orientation stratégique 2

Améliorer la qualité, la sécurité et la performance des services que nous offrons

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
		<p>Augmenter de 20 % le nombre de projets de recherche.</p>	<p>Stagiaires secteur bureautique: 2011-2012 : 16 2012-2013 : 17 2013-2014 : 12 2014-2015 : 8</p> <p>Projets de recherche en cours : 2011-2012 : 22 2012-2013 : 32 2013-2014 : 31 2014-2015 : 34</p>	<p>2. Formation offerte aux superviseurs de stage</p> <p>Recherche :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recrutement d'une coordonnatrice 2. Réorganisation du service de soutien et coordination de la recherche et du comité d'éthique de la recherche 3. Développement d'une section « recherche » dans l'intranet et dans le site web du CSSS 4. Révision de plusieurs processus et documents

Orientation stratégique 3

Accroître les actions sur les déterminants de la santé et du bien-être de la population

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
Axe d'intervention : prévention dans les continuums de service				
1.1.1 Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP) par le déploiement du plan d'action local de santé publique (PAL).	Pourcentage des activités du PAL implantées. Indicateur (par questionnaire annuel) 1.01.20	85 % des activités implantées en 2015.	85 %	Cible atteinte. Centre d'abandon du tabac, augmentation de la fréquentation par rapport à l'an dernier.
1.1.2 Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants : <ul style="list-style-type: none"> • infections transmissibles sexuellement et par le sang; • habitudes de vie et maladies chroniques; • chutes chez les personnes âgées; • suicide. 	Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien. Indicateur (par questionnaire annuel) 1.01.21	85 % des pratiques cliniques préventives prioritaires d'ici 2015.	85 %	Cible atteinte. <ul style="list-style-type: none"> • Accès au dépistage asymptomatique et traitement des infections à chlamydia et gonorrhée par les infirmières des cliniques-jeunesse en milieu scolaire, et dans tous les GMF du territoire; • Nouveau mode de collaboration avec le TRAC • Protocole clinique Prévention et gestion des chutes • Protocole clinique Prévention et gestion du risque suicidaire
1.1.3 Renforcer la collaboration avec les partenaires des autres secteurs d'activité afin d'agir sur les principaux déterminants de la santé et du bien-être (habitudes de vie et comportements sécuritaires, éducation, emploi, logement, etc.).	Ententes spécifiques signées et implantées dans les domaines suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Les communautés culturelles et l'immigration; • La persévérance scolaire et la valorisation de l'éducation. 	Avoir ratifié des ententes dans chacun de ces secteurs en 2015.	Ententes signées avec tous les CPE du territoire.	Des ententes de complémentarité assurent des collaborations étroites avec toutes les écoles du territoire. La responsable du programme Multiculturelles rencontre, à chaque année, les directeurs d'écoles pour renforcer les liens de collaboration.

Orientation stratégique 3

Accroître les actions sur les déterminants de la santé et du bien-être de la population

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
Augmenter les initiatives de participation citoyenne et l'autonomisation de la population pour favoriser le développement des communautés et la santé de la population.	Participation des organismes et des citoyens à des activités de concertation réalisées par le CSSS.	D'ici 2015, réaliser annuellement 2 forums des partenaires du territoire.	Réalisé.	<p>L'offre de service en saines habitudes de vie est promue par l'ensemble des intervenants du CSSS œuvrant dans les écoles. La mise en œuvre de l'approche EMES soutient également le travail sur les déterminants de la santé.</p> <p>Les communautés culturelles et l'immigration : le CSSS participe à plus de 40 groupes ou comités de concertation.</p> <p>Le CSSS participe activement avec plus de 40 groupes ou instances de concertation pour soutenir le développement des communautés et améliorer la santé de la population.</p> <p>Mai 2014 : 3^e Salon de la santé mentale du Sud-Ouest-Verdun organisé par la Table des partenaires en santé mentale et en dépendances du Sud-Ouest-Verdun, soutenu par l'équipe en santé mentale adulte, une organisatrice communautaire et par la direction des communications du CSSS.</p> <p>Suite au Forum «CSSS-Ami des aînés» (août 2013) : un plan d'action est en élaboration en collaboration avec les représentants des groupes d'aînés.</p>

Orientation stratégique 3

Accroître les actions sur les déterminants de la santé et du bien-être de la population

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
Assurer la prise en compte de la prévention à l'intérieur des différents continuums de services du CSSS.	Assurer le suivi du financement des activités de santé publique dans les différents programmes clientèles du CSSS.	D'ici 2015, augmenter de 5 % le financement du programme de santé publique par des réallocations de ressources.		À revoir en fonction de la réforme actuelle.

Orientation stratégique 4

Donner accès à des services de qualité, offerts en continuité (continuums) en respectant les niveaux de soins et en maximisant le partage 1^{re} ligne, 2^e ligne (hiérarchisation), selon les besoins des patients

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
Axe d'intervention : Services médicaux et infirmiers				
2.1.1 Assurer l'inscription et la prise en charge des personnes auprès d'un médecin de famille.	Proportion de la population de 15 ans et plus inscrite auprès d'un médecin de famille. Nombre de demandes pour un médecin de famille. Nombre de patients référés.	70 % de la population d'ici 2015 (MSSS)	66,8 % 7554 5704	Source : « Portrait de la population, de l'organisation et de l'utilisation des services médicaux de 1 ^{re} ligne », produit par l'Agence de Montréal (2 ^e trimestre de 2014), données au 31 mars 2012. Nous ne prévoyons pas atteindre la cible pour 2015 compte tenu du départ à la retraite de plusieurs médecins (plus de 6000 patients orphelins).
2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents).	Nombre total de GMF implantés. Indicateur 1.09.25	Avoir implanté 2 nouveaux GMF d'ici 2015.	Trois (3) GMF implantés.	Cible atteinte. Intégration des médecins du CLSC Verdun au GMF du Sud-Ouest. Des travaux sont considérés pour l'ouverture de 1 autres GMF.
2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne	Nombre total d'IPS en soins de première ligne titularisée. Indicateur 3.07	Augmenter le nombre d'IPS en soins de première ligne.	Sept (7) IPS déployées en 1 ^{re} ligne.	Demandes faites pour un déploiement supplémentaire : 2015-2016 : 1 2016-2017 : 1
Poursuivre l'implantation de la clinique-réseau intégrée.	Ratio de professionnels embauchés par ETC médecins Nombre de patients ayant participé au programme de suivi systématique :	Un (1) professionnel pour un (1) médecin	60 médecins; 20 professionnel(le)s	Le modèle CRI est actuellement en réévaluation.

Orientation stratégique 4

Donner accès à des services de qualité, offerts en continuité (continuums) en respectant les niveaux de soins et en maximisant le partage 1^{er} ligne, 2^e ligne (hiérarchisation), selon les besoins des patients

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
	<ul style="list-style-type: none"> Cardiométaboliques MPOC 	350 200	<ul style="list-style-type: none"> 356 111 	

Axe d'intervention : Personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer

2.2.1 Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un continuum de soins.	Nombre de programmes d'autogestion et de réadaptation des maladies chroniques implantés.	En plus du programme pour le risque cardiométabolique, avoir implanté un programme pour les MPOC et pour l'ostéoporose.	Le programme pour l'ostéoporose est implanté (octobre 2014). Le programme pour les MPOC est implanté. Le programme pour le risque cardiométabolique est implanté.	Cible atteinte.
2.2.2 Améliorer la coordination des soins et des services en oncologie pour les personnes ayant reçu un diagnostic de cancer et pour leurs proches.	Pourcentage des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer disposant d'une infirmière pivot dans un délai de 48 heures. Indicateur 1.09.40	70 % des personnes d'ici 2015.	100 % (2013-2014)	Données 2014-2015 non disponibles.
Poursuivre l'implantation du programme de lutte au cancer : <ul style="list-style-type: none"> Implanter une unité de soins palliatifs au Manoir de Verdun; Implanter le programme de dépistage du cancer colorectal. 	Implantation réalisée. Pourcentage conforme aux attentes ministérielles. Pourcentage de population dépistée.	P1 ≤ 24 heures P2 ≤ 14 jours P3 ≤ 60 jours P4 ≤ 180 jours	P1 = 46 % P2 = 86 % P3 = 48 % P4 = 60 %	Projet présenté, en attente de financement. Taux de conformité, données P11.

Orientation stratégique 4

Donner accès à des services de qualité, offerts en continuité (continuums) en respectant les niveaux de soins et en maximisant le partage 1^{re} ligne, 2^e ligne (hiérarchisation), selon les besoins des patients

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
Axe d'intervention : Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance				
2.2.3 Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté.	Avoir implanté le programme montréalais d'intervention en négligence reconnu efficace.	Programme implanté	Degré d'implantation locale conforme au plan de déploiement régional.	Toutes les activités d'information et de sensibilisation de nos partenaires du réseau local ont été réalisées. Nous avons débuté l'application du programme en priorisant des situations de négligence où nous sommes conjointement impliqués avec les Centres Jeunesse.
	Avoir implanté un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace.	Programme implanté	Programme CAFE implanté à 100 %	Cible atteinte.
2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire.	Nombre de jeunes et d'adultes ayant des troubles mentaux qui reçoivent des services de santé mentale de première ligne offerts en CSSS Indicateur 1.08.09	Total : 2019	Total : 2534 Jeunes : 369 Adultes : 2166	Cible atteinte. Projection faite après P12.

Axe d'intervention : Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance

2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté, pour les adultes ayant des troubles mentaux graves.	Nombre de places offertes en CSSS pour les adultes ayant des troubles mentaux graves, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu : <ul style="list-style-type: none"> ▪ des services de soutien d'intensité variable (SIV). 	SIV: 250 places par 100000 adultes d'ici 2015 (conditionnel au financement requis)	L'équipe SIV a été implantée en mars 2015. Le transfert des patients de l'Institut Douglas est en cours.
--	---	--	--

Orientation stratégique 4

Donner accès à des services de qualité, offerts en continuité (continuums) en respectant les niveaux de soins et en maximisant le partage 1^{er} ligne, 2^e ligne (hiérarchisation), selon les besoins des patients

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique.	Indicateur 1.08.05 Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services en toxicomanie et en jeu pathologique de première ligne offerts par les CSSS. Indicateur 1.07.05	>22	10	Le programme en dépendance n'est pas implanté au CSSS. Un intervenant du Centre de réadaptation en dépendance de Montréal – Institut universitaire (CRDM-IU) travaille présentement à l'urgence de l'HV mais les statistiques sont comptabilisées au CRDM-UI.

Axe d'intervention : Personnes ayant une déficience et leur famille

Établir des ententes formelles avec les CR pour la clientèle TED/DI.	Nombre d'ententes	Une entente à établir avec le CRDITED de notre territoire	Entente avec le CRDITED de Montréal	Cible atteinte. Date de l'entente : 2012-02-01
--	-------------------	---	-------------------------------------	---

Axe d'intervention : Réseaux de services intégrés

2.3.1 Poursuivre la mise en place du réseau de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA), en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS.	Degré d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA). Indicateur 1.03.06	Cible au 31 mars 2014 : 63 %	76 %	Cible atteinte. Nous avons un plan d'action en cours pour augmenter notre résultat.
---	---	------------------------------	------	--

Axe d'intervention : Adaptation des services

2.3.2 Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées.	Avoir complété la mise en place de l'approche gériatrique en milieu hospitalier (6 composantes)	100 % d'implantation d'ici 2015.	Réalisation partielle	<ul style="list-style-type: none"> Formation à tout le personnel réalisée à 100 %; formation AINEES et delirium, formation prévention des plaies de pression, formation prévention
--	---	----------------------------------	-----------------------	---

Orientation stratégique 4

Donner accès à des services de qualité, offerts en continuité (continuums) en respectant les niveaux de soins et en maximisant le partage 1^{er} ligne, 2^e ligne (hiérarchisation), selon les besoins des patients

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
				<p>des chutes coaching sur les unités.</p> <ul style="list-style-type: none"> • distribution des fiches cliniques en lien avec l'AAPA en cours de formation • Midi conférences organisées par le RUSHGQ, présentées à l'hôpital pour inf. et professionnels • programme de marche et activités de marche sur toutes les unités ainsi que lever aux fauteuils aux repas • affiche AINEES sur les unités de soins • Révision médiplan AÎNÉES section delirium. • Communication: affichage dynamique (Hôpital et centres d'hébergement) thèmes mensuels. • Comité AAPA (hôpital) en place • rencontre des chefs en santé physiques avec plan d'action et introduction de l'AAPA aux points STAT • rencontre des chefs en entretien ménager. • Dépliants: syndrome d'immobilisation et delirium • Suivi des indicateurs (ex braden, risque de chute)

Orientation stratégique 4

Donner accès à des services de qualité, offerts en continuité (continuums) en respectant les niveaux de soins et en maximisant le partage 1^{er} ligne, 2^e ligne (hiérarchisation), selon les besoins des patients

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
Axe d'intervention : Services de soutien à domicile				
2.4.2 Assurer une offre globale de services de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants.	Nombre total d'heures de services de soutien à domicile de longue durée, rendues par les différents modes de dispensation de services (CSSS). Indicateur 1.03.05	2011-2012 Cible = 149 837 heures 2012-2013 Cible = 155 795 heures 2013-2014 Cible = 169 356 heures 2014-2015 Cible = 176 084 heures	2011-2012 Résultat = 161 868 heures 2012-2013 Résultat = 173 234 heures 2013-2014 Résultats = 188 496 hres 2014-2015 Résultats = 202 601	Cible atteinte
Réaliser un exercice d'optimisation du programme de soutien à domicile	Amélioration de la performance du programme.	Réduction de la MOI (sauf aide à domicile) à 3 % Diminution du temps supplémentaire à 0,2 %	Augmentation de 14 % du nombre d'interventions Diminution des listes d'attente : 30 % en aide à domicile 61 % en ergothérapie 8 % en nutrition 32 % en physiothérapie Réduction de 20 % de la MOI en aide à domicile Réduction de 408 % de la MOI en ergothérapie Réduction du taux de temps supplémentaire : 21 %	Résultats 2014-2015 vs 2013-2015

Orientation stratégique 4

Donner accès à des services de qualité, offerts en continuité (continuums) en respectant les niveaux de soins et en maximisant le partage 1^{er} ligne, 2^e ligne (hiérarchisation), selon les besoins des patients

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
Axe d'intervention : Diversification des milieux de vie				
2.4.3 Augmenter et diversifier l'offre de milieux de vie accessibles aux personnes ayant des incapacités significatives et persistantes (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes atteintes de déficience, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et autres).	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité. Indicateur 1.03.08	179 places (RI) : 1 ^{er} projet : 69 places 2 ^e projet : 110 places.	1 ^{er} projet réalisé : 69 places (RI Ancien pensionnat Côte-Saint-Paul)	2 ^e projet : 110 places (2014-2015) (RI Notre-Dame-de-la-Paix) Ouverture prévue en juin 2015.
Axe d'intervention : Services sociaux et de réadaptation				
3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : <ul style="list-style-type: none"> pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours; pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS; pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an. 	Pourcentage de personnes ayant une déficience traité dans les délais établis. Indicateurs 1.45.04.02 1.45.04.03 1.45.04.04 1.45.05.02 1.45.05.03 1.45.05.04	90 % des personnes ayant une déficience traitées dans les délais établis	Déficience physique : 1.45.04.02 urgent : 0 1.45.04.03 élevé : 69 % 1.45.04.04 modéré : 90 % TED / DI : 1.45.05.02 urgent : 0 1.45.05.03 élevé : 33 % 1.45.05.04 modéré : 81 %	Valeurs en P.11.
Axe d'intervention : Médecine / chirurgie				
3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois.	Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour : <ul style="list-style-type: none"> une chirurgie d'un jour 	90 % des personnes sont opérées à l'intérieur des délais ministériels.	CDJ 100 % Hospitalisation 100 % PTH 100 % PTG 100 % Cataracte 100 %	Cible atteinte.

Orientation stratégique 4

Donner accès à des services de qualité, offerts en continuité (continuums) en respectant les niveaux de soins et en maximisant le partage 1^{re} ligne, 2^e ligne (hiérarchisation), selon les besoins des patients

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
	<ul style="list-style-type: none"> une chirurgie avec hospitalisation une arthroplastie totale de la hanche une arthroplastie totale du genou une cataracte Indicateur 1.09.20.1 à 1.09.20.5 Développer des zones franches en chirurgie et une deuxième offre de service avec les établissements qui le requièrent.	Volume : CDJ : 3 484 Hospitalisation : 2 208 PTH / PTG : 564 Cataracte : 1 466	Volume : CDJ 3 455 Hospitalisation 2 165 PTH / PTG 526 Cataracte 1497	
3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours.	Pourcentage de personnes traitées à l'intérieur d'un délai de 28 jours en : chirurgie oncologique Indicateur 1.09.33; chimiothérapie/traitements systémiques Indicateur 1.09.41	90 % des personnes d'ici 2015.	Zone créée avec le CUSM Chirurgies réalisées via les autres centres 2014-2015 : 960 Chirurgies PTH-PTG (2 ^e offre) 2011-2012 : 20 2012-2013 : 0 (demande) 2013-2014 : 2 2014-2015 : 9	Données 2014-2015 (P11) La clientèle ayant subi une chirurgie est revue à la clinique des tumeurs pour établir la conduite, le plan de traitement approprié, le suivi ou le congé

Orientation stratégique 4

Donner accès à des services de qualité, offerts en continuité (continuum) en respectant les niveaux de soins et en maximisant le départage 1^{re} ligne, 2^e ligne (hiérarchisation), selon les besoins des patients

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
Axe d'intervention : Urgences				
3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière.	Pourcentage des séjours de 24 heures et plus sur civière. Indicateur 1.09.31 Pourcentage des séjours de 48 heures et plus sur civière. Indicateur 1.09.03 Séjour moyen sur civière. Indicateur 1.09.01	≤20 % 0% ≤12 heures	34.3 % 6.0 % 19.7 %	Valeurs en P11

Axe d'intervention : Santé mentale

3.1.7 Assurer aux personnes ayant des problèmes de santé mentale l'accès : <ul style="list-style-type: none"> • au guichet d'accès santé mentale à l'intérieur de 7 jours et aux services spécifiques de première ligne offerts par les CSSS à l'intérieur de 30 jours. 	Pourcentage de personnes dont les services ont débuté à l'intérieur des délais établis. Indicateur 1.08.11	100 % des personnes d'ici 2015.	Guichet d'accès pour clientèle des 0-17 ans : <ul style="list-style-type: none"> • Demandes urgentes traitées dans les 24 à 48 heures. • Demandes non-urgentes traitées dans un délai de 2 à 3 semaines. Adulte : Guichet : 100 % contacté au téléphone dans les 7 jours Suivi : 50 % à l'intérieur de 30 jours; 50 % à l'intérieur de 90 jours	Cible atteinte. Clientèle 0-18 ans : les délais d'accès sont généralement respectés. Suivis : Délais variables selon les priorités, ne dépassent pas 3,5 mois Adulte : Les cas prioritaires sont prise en charge dans la même semaine. Prise en charge de la clientèle santé mentale à l'urgence par l'équipe de 1 ^{re} ligne. Une personne oriente la clientèle vers les ressources appropriées
--	---	---------------------------------	---	--

Orientation stratégique 4

Donner accès à des services de qualité, offerts en continuité (continuums) en respectant les niveaux de soins et en maximisant le partage 1^{er} ligne, 2^e ligne (hiérarchisation), selon les besoins des patients

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
Compléter l'équipe de santé mentale adulte (60 % de l'équipe en 2012).	Nombre de professionnels selon les standards reconnus.	En 2015, avoir atteint 100 % des professionnels dans l'équipe.	73,4 % des professionnels sont intégrés dans l'équipe	Pas d'évolution depuis l'année dernière : 73,4 % des ressources sont financées.
Compléter l'équipe de santé mentale jeunesse.	Nombre de professionnels selon les standards reconnus.	En 2015, avoir atteint 100 % des professionnels dans l'équipe.	84 %	Manque 1,8 ETC Aucun changement depuis 2013-2014

Axe d'intervention : Références aux services médicaux spécialisés

3.1.8 Améliorer l'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant certaines conditions cliniques et référées par un médecin de famille.	Disponibilité d'un mécanisme d'accès aux services diagnostiques et aux médecins spécialistes pour les personnes présentant des conditions cliniques de nature subaiguë ou semi-urgente et référées par un médecin de famille.	Mettre en place un accueil clinique d'ici 2015. Revoir les mécanismes d'accès et de liaison pour l'imagerie et les laboratoires.		Depuis février 2015, un accueil clinique est en opération pour les pathologies suivantes : nodules pulmonaires, fibrillation auriculaire (FA) de novo, thrombophlébite ICT. Cibles non atteintes en IRM. Un plan d'action est présentement en place afin de réduire ces délais d'attente.
---	---	---	--	--

Axe d'intervention : L'accessibilité aux services

6.6.1 Accès aux services d'imagerie. Plan d'action permettant d'ici 24 mois : <ul style="list-style-type: none"> de réduire l'attente à moins de 3 mois pour examen; le délai de lecture à 7 jours; le délai de transcription à 7 jours. 	Attente pour examen, lecture et transcription	Réduire l'attente pour examen à moins de 3 mois. Le délai de lecture à 7 jours Le délai de transcription à 7 jours	87 % 82 %	Augmentation de 10 %
---	---	--	--------------	----------------------

Orientation stratégique 4

Donner accès à des services de qualité, offerts en continuité (continuum) en respectant les niveaux de soins et en maximisant le départsage 1^{re} ligne, 2^e ligne (hiérarchisation), selon les besoins des patients

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
Assurer l'accessibilité aux services pour les patients en fin de soins actifs.	Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers des lits post-hospitaliers et occupant des lits de courte durée	≤3	4,5	
	Indicateur 4.01.01			
	Patients en attente de services de soins palliatifs	3	0	
	Patients en attente de convalescence	3	1	
	Nombre moyen de patients par CH en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée	≤3	4	
	Indicateur 4.01.04			
	Nombre moyen de patients par CH en attente de CHSLD occupant des lits de courte durée excluant la santé mentale	≤3	6,4	
	Indicateur 4.01.05			
	Patients en attente de RNI	3	0	
	Patients en attente d'hébergement longue durée en santé mentale	3	0	
Décentraliser l'accès aux services de prélèvements.	Pourcentage d'activités hors de l'Hôpital.	60 % des prélèvements à l'extérieur de l'Hôpital.	22 %	Augmentation de 69 % vs 2013-2014.
Poursuivre le partenariat avec le C5SS Dorval-Lachine-Lasalle pour la gestion des laboratoires.	Signature d'une l'entente de services cliniques en biologie médicale.			Entente conclue.

Orientation stratégique 4

Donner accès à des services de qualité, offerts en continuité (continuums) en respectant les niveaux de soins et en maximisant le partage 1^{er} ligne, 2^e ligne (hiérarchisation), selon les besoins des patients

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
Axe d'intervention : Hébergement				
<p>Poursuivre la réorganisation des services pour accueillir une clientèle plus lourde en hébergement;</p> <p>Poursuivre le développement de corridors d'accès dans certaines cliniques spécialisées pour la clientèle hébergée;</p> <p>Poursuivre l'implantation de l'approche Milieu de vie dans les centres.</p>	<p>Pourcentage de places à 3 heures soins et plus développé en 2015</p> <p>Nombre de corridors de services rendus disponibles pour les centres d'hébergement</p> <p>Nombre d'employés formés à l'approche milieu de vie</p>	<p>Atteinte des directives de l'ASSSM</p> <p>Un corridor à l'Hôpital de Verdun dans les spécialités médicales requises en hébergement</p> <p>100 % des nouveaux employés 50 % des employés plus anciens</p>	<p>Ajout de 115 places alourdis</p> <p>Des corridors d'accès en imagerie médicale et dans les cliniques externes de l'hôpital ont été créés.</p> <p>Réalisé</p>	<p>Il reste 404 places régulières à rehausser dans le programme en date du 31 mars 2015.</p> <p>Cible atteinte.</p> <p>Tous les nouveaux employés sont formés à l'approche milieu de vie pendant leur orientation par des préposés formateurs.</p> <p>En 2013-2014, les notions de milieu de vie ont été intégrées au programme d'orientation des infirmières, infirmières auxiliaires et PAB.</p>
Axe d'intervention : Santé mentale et isolement des personnes âgées				
<p>Effectuer un dépistage de la dépression auprès de 100 % des nouveaux résidents admis en hébergement.</p>	<p>% des personnes admises ayant passé un test de dépistage de la dépression.</p>	<p>80 % des personnes âgées admises en hébergement.</p>	<p>100 % des résidents admis sont évalués à partir du formulaire d'examen clinique biopsychosocial. Les personnes présentant des indices de dépression sont évaluées via un outil spécifique.</p>	<p>L'outil d'évaluation de la dépression sera révisé d'ici l'automne 2015.</p>

Orientation stratégique 4

Donner accès à des services de qualité, offerts en continuité (continuums) en respectant les niveaux de soins et en maximisant le partage 1^{er} ligne, 2^e ligne (hiérarchisation), selon les besoins des patients

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
Augmenter de 30 % la participation des personnes âgées aux activités communautaires s'adressant spécifiquement à eux à chaque mois de l'année	Variation mensuel de la fréquentation des personnes âgées à des activités communautaires s'adressant à eux (liste des activités à bâtir).	Augmentation de 30 %	Nombre d'usagers des centres de jour 2010-2011 : 360 2011-2012 : 383 2012-2013 : 351 2013-2014 : 328 2014-2015 : 300	

Orientation stratégique 5				
Optimiser l'utilisation et la mise à niveau des ressources matérielles, financières et informationnelles.				
AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
Axe d'intervention : Dossiers cliniques informatisés				
4.3.1 Soutenir l'utilisation des dossiers médicaux électroniques (DME) dans les GMF, CR et CRIU-UMF, et des dossiers cliniques informatisés (DCI) dans l'établissement.	En attente d'information.	100 % des GMF, CR et le CSSS d'ici 2015.	<p>Réalisations :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Implantation de SURGE Mobile 2. Test et déploiement de l'interface laboratoire avec OACIS 3. Début du déploiement d'OACIS Mobile 4. Redéploiement du visualiseur OACIS à l'hôpital (plus de 100 utilisateurs) 5. Déploiement de GDE en CLSC (plus de 75 utilisateurs) 6. Début du déploiement de la numérisation en CLSC (environ 60 utilisateurs) 7. Interface RV-Radiologie afin de numériser les requêtes 8. Pilotage de l'interface e-Clinibase-RSIPA (projet MSSS) pour l'identification des clients 9. Continuité du projet « Ma première ligne numérique » en collaboration avec le CEFRIO 	Le dossier médical électronique a été implanté à la CRI-UMF de Verdun en juillet 2013.

Orientation stratégique 5

Optimiser l'utilisation et la mise à niveau des ressources matérielles, financières et informationnelles.

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
			10. Mise à jour du logiciel PACS et de tous les équipements 11. Travaux de mise à jour de Médiplan : plus de 100 plans de soins modifiés ou créés	

Axe d'intervention : Dossier de santé du Québec

4.3.2 Implanter le Dossier de santé du Québec (DSQ) et l'intégrer à la stratégie d'informatisation du réseau.	Fait : O/N	Déploiement local de la structure opérationnelle locale (2012-13)	Réalisé.	
	Fait : O/N	Branchement des laboratoires	Réalisé.	
	Nb postes	Déploiement du visualisateur	Au 31 mars 2015 : tous les ordinateurs « clinique » (plus de 600)	
	Nb d'accès créés	Demandes de clé d'accès	207 Infirmières et médecins ont reçu le dispositif	Avancement au 31 mars 2015 pour : Médecins : 90 % Infirmières CLSC : 75 % Infirmières hôpital : 0 % Pharmacie : 100 % Laboratoire : 100 % UMF : 100 % Nb d'AVI nommés : 8

Orientation stratégique 5

Optimiser l'utilisation et la mise à niveau des ressources matérielles, financières et informationnelles.

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
<i>Axe d'intervention : Ressources informatiques</i>				
Améliorer les outils informatiques (ordinateurs et logiciels) pour permettre un meilleur accès aux ressources informationnelles au personnel.	Nombre de nouveaux ordinateurs Nombre d'ordinateurs remplacés	25/an 150/an	Nouveaux : 121 Remplacés : 210	<p>Cible atteinte.</p> <p>Collaboration dans plusieurs projets dont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Implantation de nouvelles technologies au laboratoire (AEGIS et glucomètres sans-fil) 2. Déploiement du guichet employé web 3. Installation de l'environnement du CRDS et SIAC+ 4. Continuité du SARDM 5. Préparation de l'environnement informatique pour les pompes volumétriques 6. Installation de l'environnement pour la stérilisation 7. Implantation des nouveaux terminaux de divertissement pour les patients 8. Installation de l'environnement pour le projet de confirmation des rendez-vous et du projet de téléphonie

Orientation stratégique 5

Optimiser l'utilisation et la mise à niveau des ressources matérielles, financières et informationnelles.

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
				<p>Au niveau des infrastructures :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. implantation d'un SAN 2. rehaussement des serveurs 2003 3. migration des postes de travail Windows XP 4. aménagement de locaux de câblage informatique 5. redéploiement du WIFI à l'urgence et à la relance <p>Réaménagements de locaux :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Locaux du CEGEP André-Laurendeau 2. Pharmacie 3. Médecine de jour/préadmission 4. Protection rénale 5. Nouvelle unité de 35 lits <p>Sécurité informationnelle : réalisation d'un audit de sécurité par une firme extérieure.</p>

Axe d'intervention : Optimisation des technologies de l'information

Atteindre localement les objectifs dans les 5 axes d'optimisation :				
6.1.1 Le courrier électronique : Migrer l'ensemble des boîtes de courrier électronique;	Nb de boîtes non migrées.	Réduire à 20 % de boîtes de courriel locales.	Réalisé.	Cible atteinte.

Orientation stratégique 5

Optimiser l'utilisation et la mise à niveau des ressources matérielles, financières et informationnelles.

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
6.1.2 a) La téléphonie IP : Préparation du Plan régional d'optimisation de la téléphonie;	Nb de téléphones IP installés.	Compléter la migration pour le 31 mars 2014.	Au 31 mars 2015 : 2331 téléphones sur 2505 installés 11 sites sur 12 complétés	Nous procédons à un déploiement local et non régional dans ce dossier 6.1.2 Le plan est régional et nous sommes en attente.
6.1.2 b) La téléphonie cellulaire : Élaborer un bilan de la consommation cellulaire et mise en œuvre de la politique-cadre;	Non identifié.	Non identifiée.		Une politique d'utilisation en cours de rédaction. Aucun travail régional à cet effet.
6.1.3 Le regroupement des centres de traitement de données : Élaborer un plan régional de regroupement des centres de traitement.	% de serveurs migrés.	Non identifiée.	Entente entre 4 établissements pour héberger les serveurs de la banque de sang au CSSS SOV.	En attente d'une stratégie régionale.

Axe d'intervention : Optimisation des technologies de l'information

6.1.5 La gestion du parc des postes de travail : Dépôt un plan triennal de mise en œuvre.	Taux de virtualisation des postes de travail.	60 % au 31 mars 2014.	80 %	Cible atteinte.
6.1.6 La visioconférence : Migrer l'ensemble des stations de visioconférence.	Nb de stations migrées.	6 stations migrées.	Réponse à la demande d'inventaire du TCR en janvier 2013 .	Utilisation de la plateforme BYS par la DSISM.

Axe d'intervention : Approvisionnement et gestion financière

6.2.1 Respecter l'équilibre budgétaire.		Compléter l'exercice financier en équilibre budgétaire.	2014-2015 : équilibre budgétaire atteint.	Plusieurs réorganisations sans bris de services ont permis d'optimiser un montant de 4 416 000 \$.
---	--	---	---	--

Orientation stratégique 5

Optimiser l'utilisation et la mise à niveau des ressources matérielles, financières et informationnelles.

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
<p>Participer aux exercices d'optimisation régionaux pour la gestion des approvisionnement afin de réduire les coûts.</p>	<p>Collaborer aux démarches régionales.</p>	<p>Mettre en commun des dates de fin de contrat.</p> <p>Augmenter la valeur des dépenses sous contrat.</p> <p>Standardiser les produits de soins.</p> <p>Centraliser les entrepôts.</p>	<p>Un site intranet a été développé par le CRDITED permettant aux établissements d'y inscrire les contrats internes facilitant le jumelage avec les autres établissements. Le CSSS SOV a sélectionné les contrats ayant les plus grandes dépenses ou ayant un plus grand potentiel d'économies et a partagé les données.</p> <p>Augmentation du secteur médical de 75 % à 77 %.</p> <p>Économie de 147 600 \$ suite aux changements réalisés par le comité de produits de soins infirmiers.</p> <p>Économie de 25 700 \$ suite aux changements faits au bloc opératoire (ajout de consigne et changement de produit).</p>	<p>Peu d'établissement participent à cette action.</p> <p>La formation des CIUSSS permettra une plus grande collaboration aux démarches régionales et permettra la mise en commun de plusieurs contrats.</p> <p>Nous avons amélioré notre façon de faire afin de sortir les dépenses reliés à chacun des dossiers. Cette nouvelle méthode nous permet de maximiser nos participation au regroupement d'achat.</p> <p>Cible atteinte.</p> <p>Le rapport final de l'Institut International de Logistique de Montréal a été remis en juin 2014. Depuis ce jour, des étudiants ont aussi peaufiné les</p>

Orientation stratégique 5

Optimiser l'utilisation et la mise à niveau des ressources matérielles, financières et informationnelles.

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
				hypothèses de départ et nous remettrons leur conclusions à l'été 2015. Ces rapports seront mis à profits dans les stratégies logistiques du CIUSSS.
		Réviser les niveaux de stocks des points de service.	En cours.	La révision de l'aménagement des réserve sur les unités est en cours avec l'équipe LEAN, la grande majorité des unités de l'hôpital sont mise à niveau avec le rangement haute densité.
		Revoir la gestion des besoins pour les soins à domicile.	Implantation des sacs standards, facilitant la gestion des demandes	Cible atteinte.
		Rehausser la compétence des acheteurs.	Deux acheteurs ont complétés cette formation et une est en voie d'obtention.	Cible atteinte.

Axe d'intervention : Installations matérielles

6.2.2 Améliorer la performance énergétique des installations du CSSS et viser à réduire leur impact environnemental.	Pourcentage de dépense énergétique	Diminution du pourcentage de dépense énergétique d'ici 2015.	2011-2014 : 85 % des économies prévues	Projet autofinancé D'autres mesures sont à l'étude pour atteindre l'objectif.
Assurer une gestion optimale des ressources immobilières : Poursuivre les démarches d'amélioration des environnements de travail	1. Cliniques externes (HV) 2. Postes de garde unités (HV) 3. Salle de repos (HV) 4. Réaménagement bibliothèque (HV)		1. Terminé 2. Terminé 3. Terminé 4. Terminé	

Orientation stratégique 5

Optimiser l'utilisation et la mise à niveau des ressources matérielles, financières et informationnelles.

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
	5. Réfection des cuisinettes (Manoir) 6. Réfection des cuisinettes (St-Henri) 7. Réfection des cuisinettes (des Seigneurs) 8. Réaménagement poste inf. (Brunet) 9. Réaménagement blocs sanitaires (poste inf. RDC + 4 salles buanderie) (Réal-Morel) 10. Réadaptation 11. Pharmacie 12. Stérilisation 13. Endoscopie 14. Bloc opératoire 15. Unité de soins 3 ^{ème} centre 16. Réfection complète des finis de plancher (CH Louis-Riel)		5. En cours 6. Terminé 7. En cours 8. Terminé 9. Terminé 10. Terminé 11. Terminé 12. Terminé 13. En cours 14. Terminé 15. Terminé 16. En cours	
Harmoniser le programme de gestion préventive des équipements biomédicaux des centres d'hébergement et CLSC en complétant l'inventaire et en mettant en place le programme d'entretien			Hébergement • inventaire terminé • entretien réalisé à 100 % CLSC • inventaire terminé • entretien réalisé à 100 %	Embauche d'un ingénieur biomédical en novembre 2014.
Évaluer la possibilité de faire l'entretien préventif du matériel roulant.		Fin 2013 : 100%	Hébergement : 100 % terminé Hôpital : 60 %	À l'hôpital, les équipements les plus critiques sont entretenus
Assurer la priorité du PDI de l'Hôpital de Verdun.			• Transmission de l'avant-projet «Nouvelle aile des	Jun 2013 : Mise à jour du PDI (document interne, sans envoi

Orientation stratégique 5

Optimiser l'utilisation et la mise à niveau des ressources matérielles, financières et informationnelles.

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
			<p>unités de soins et pavillon ambulatoire» à l'Agence le 13 décembre 2012;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Campagne de notoriété de l'HV lancée le 29 mars 2013. Le 27 février 2014, une pétition de près de 7000 noms est déposée; • Juin 2014 : Inscription du projet d'agrandissement au Plan québécois des infrastructures 2014-2014 de la Société québécoise des infrastructures (SQI), dans la catégorie « Projets à l'étude»; • Le 17 septembre 2014, le CSSS reçoit l'autorisation du MSSS d'amorcer l'élaboration du plan clinique. Le 17 novembre 2014, les ministres Gaétan Barrette et Jacques Daoust viennent faire l'annonce officielle de cette autorisation lors d'une visite et conférence de presse à l'Hôpital de Verdun. 	<p>à l'Agence).</p> <p>Mise en place du comité directeur du PDI</p> <p>Plan clinique présenté au MSSSS en février 2015</p> <p>Une fois le plan clinique approuvé, le CSSS pourra entreprendre la réalisation du Dossier d'opportunité (DO), pour lequel une enveloppe de 1 M\$ sera attribuée.</p> <p>Avril 2015 : Début du dossier d'opportunité (DO)</p>

Orientation stratégique 5

Optimiser l'utilisation et la mise à niveau des ressources matérielles, financières et informationnelles.

AXES D'INTERVENTION ET OBJECTIFS	INDICATEURS	CIBLES	RÉSULTATS	COMMENTAIRES
			<ul style="list-style-type: none"> • Septembre 2014 : Inscription du PDI sur la liste du Plan Québécois des infrastructures (PQI) 2014-2024 • Le 18 novembre, le comité directeur du projet tient sa première rencontre de démarrage. • Le 18 février 2015, le plan clinique de l'HV est présenté au MSSS. 	

7

VOLUMES D'ACTIVITÉS

2014-2015

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Nombre de lits au permis en soins de courte durée	209	209	209	209	209	209	209	209	209
Nombre de lits au permis à l'U.R.F.I.	32	32	32	32	32	32	32	32	32

Santé physique

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Nombre de lits au permis en soins de courte durée	209	209	209	209	209	209	209	209	209
Nombre de lits au permis à l'U.R.F.I.	32	32	32	32	32	32	32	32	32
JOURS-PRÉSENCE									
Médecine	38 209	31 445	28 202	27 965	28 031	33 572	30 633	29 401	29 883
Chirurgie	11 895	11 401	13 239	12 035	12 459	13 417	13 100	11 795	12 687
Soins intensifs	4 810	4 835	4 522	4 402	4 722	4 821	4 726	4 603	4 515
Gériatrie active	15 132	20 202	18 861	22 202	22 451	22 841	22 826	22 830	21 478
Soins palliatifs	3 578	3 442	3 187	2 716	2 745	5 114	5 551	5 333	5 581
Unité de réadaptation fonctionnelle									

SERVICES AMBULATOIRES (VISITES)

Urgence	38 474	38 937	39 579	40 588	40 780	44 391	44 508	46 326	45 430
Médecine de jour (jours/soins) (excluant la préadmission)	15 087	14 493	14 620	16 481	15 641	12 554	11 584	11 829	11 583
Consultations externes spécialisées	52 519	52 401	48 749	45 701	45 090	44 096	46 500	45 936	41 076
Consultation en hémato-oncologie	5 781	6 952	10 490	11 268	10 597	13 204	14 483	14 373	14 512
Unité de médecine familiale	29 269	28 494	30 967	31 925	35 219	38 046	39 406	38 765	38 641

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Personnes en perte d'autonomie									
Hébergement									
Nombre de lits au permis hébergement permanent	**1 269	**1 269	**1 269	**1 269	**1 269	**1 269	**1 269	**1 269	**1 269
Nombre de lits au permis hébergement transitoire	40	40	40	40	40	**40	**40	**40	**40
JOURS-PRÉSENCE									
Hébergement – personne en perte d'autonomie	441 667	415 238	400 584	400 744	400 126	397 223	391 980	393 160	394 236
Hébergement – 3 unités spécifiques (type 1 et 2)	16 986	37 168	37 070	37 085	37 142	37 128	37 025	36 988	36 981
Services dans la communauté									
Nombre d'interventions soutien à domicile – PAPA	104 066	116 747	141 223	125 828	116 947	139 070	156 603	182 280	202 332
Nombre d'usagers soutien à domicile – PAPA	2 787	3 128	3 210	3 112	2 855	3 150	3 391	3 454	3 285
Nombre d'interventions soutien à domicile – soins palliatifs	8 541	9 044	8 927	8 253	6 002	10 234	11 089	11 985	15 353
Nombre d'usagers soutien à domicile – soins palliatifs	392	441	433	397	373	384	418	425	437
Réadaptation à domicile (PTH-PTG) (usagers)	184	85	171	159	134	185	224	159	283
Soutien à domicile (usagers) déficience physique	560	584	645	665	546	732	613	638	662
Ergothérapie à domicile (usagers)	650	720	766	746	730	891	1 017	1 142	1 177
Physiothérapie à domicile (usagers)	554	615	676	761	659	724	808	870	954
Centre de jour (visites)	15 272	14 484	14 699	**13 225	13 939	13 700	12 725	11 614	10 161
Hôpital de jour (visites)	3 630	3 351	3 605	**3 259	3 380	2 947	3 161	2 732	2 927

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Multiclientèles									
Enfance/famille/jeunesse									
Services jeunesse (usagers)	2 142	2 124	2 020	2 099	2 200	2 450	2 311	2 401	2 438
Santé mentale									
Évaluation et traitement 18 ans et +	304	285	359	894	990	1 351	1 494	1 643	2 166
Évaluation et traitement moins de 18 ans	27	43	78	88	123	284	296	390	369
Déficiences intellectuelle et Troubles envahissants du développement									
Nombre d'usagers DI (usagers)/TED (usagers)	141	198	188	196	210	541	549	586	560
Services généraux									
Services de santé courants (interventions)	32 595	31 156	38 764	40 351	29 581	39 697	45 586	45 861	38 227
Services psychosociaux courants (interventions)	5 212	5 547	7 229	8 161	8 405	7 195	6 059	5 439	5 171
Santé publique									
Nombre d'usagers au programme de cessation tabagique	75	77	93	119	50	93	91	70	101

* Ne tient compte que des usagers qui ont reçu leur réadaptation directement à domicile sans un séjour en centre de réadaptation.

** Non retirés des permis : 66 lits ont été fermés à la suite des rénovations au Centre d'hébergement de Saint-Henri et 40 lits d'hébergement transitoire ont été fermés à l'Hôpital de Verdun conformément aux directives du MSSS.

8

**LES RÉSULTATS OBTENUS
EN LIEN AVEC
L'ENTENTE DE GESTION
2014-2015**

ENTENTE DE GESTION 2014-2015
OBJECTIFS DES RÉSULTATS

OBJECTIFS ADMINISTRATIFS	INDICATEURS		COMMENTAIRES
SANTÉ PUBLIQUE			
Infections nosocomiales	Ratio du nombre ETP infirmière par nombre de lits de courte durée	RÉALISÉ	
	Ratio du nombre ETP infirmière par nombre de lits de soins de longue durée	RÉALISÉ	
	Présence d'un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel dans les établissements de soins aigus	RÉALISÉ	
	Présence d'un programme structuré et de contrôle des infections nosocomiales	RÉALISÉ	
	Niveau de réalisation moyen des 4 étapes requises pour l'élimination de zones grises dans les unités de courte durée, soit : (1) la délégation d'un responsable de la gestion des zones grises, (2) la réalisation d'un relevé des équipements, matériel et surfaces, (3) la désignation du service responsable de l'intégrité sanitaire de chaque item et, (4) la mise en place d'un registre de suivi de désignation	NON RÉALISÉ	Au 31 mars 2015, l'étape 4 (registre) n'était pas encore implantée.
	Taux d'infections nosocomiales (diarrhées associées au Clostridium difficile (DADC)) inférieurs ou égaux au(x) seuil(s) :	NON RÉALISÉ	Taux d'infections nosocomiales associées au Clostridium difficile en 2014-2015 : 7,7 Cible à atteindre : 6,3 Augmentation entre 2013-2014 et 2014-2015 : 16,7 %

OBJECTIFS ADMINISTRATIFS	INDICATEURS	RÉALISÉ	COMMENTAIRES
	Taux d'infections nosocomiales (bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline) inférieurs ou égaux au(x) seuil(s) :	RÉALISÉ	Taux d'infections nosocomiales bactériémies associées au Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline en 2014-2015 : 0,14 Cible à atteindre : 0,56 Écart de 0,42 (en valeur absolue)
	Taux d'infections nosocomiales (bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs) inférieurs ou égaux au(x) seuil(s) :	RÉALISÉ	Taux d'infections nosocomiales bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs en 2014-2015 : 1,13 Cible à atteindre : 3,3 Écart de 2,17 (en valeur absolue)
	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12 ^e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (Prénatale), au cours de l'année de référence	NON RÉALISÉ	Nombre moyen de visites à domicile auprès des femmes suivies en 2014-2015 (donnée de P10) : 0,24 Cible à atteindre : 0,25 Résultat inférieur de 4 %
	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6 ^e semaine de vie de l'enfant (Postnatale 1), au cours de l'année de référence	NON RÉALISÉ	Nombre moyen de visites à domicile auprès des femmes suivies en 2014-2015 (donnée de P10) : 0,63 Cible à atteindre : 0,65 Résultat inférieur de 3,1 %
	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7 ^e semaine au 12 ^e mois de vie de l'enfant (Postnatale 2), au cours de l'année de référence	RÉALISÉ	Nombre moyen de visites à domicile auprès des femmes suivies en 2014-2015 (donnée de P10) : 0,20 Cible à atteindre : 0,17 Résultat supérieur de 17,6 %
	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13 ^e au 60 ^e mois de vie de l'enfant (Postnatale 3), au cours de l'année de référence	RÉALISÉ	Nombre moyen de visites à domicile auprès des femmes suivies en 2014-2015 : 0,07 Cible à atteindre : 0,05 Résultat supérieur de 40 %
	Proportion d'écoles qui implantent l'approche École en santé	RÉALISÉ	En 2014-2015, 68 % des écoles ont implanté l'approche École en santé, la cible étant de ≥60 %.

OBJECTIFS ADMINISTRATIFS	INDICATEURS		COMMENTAIRES
	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccin contre DCaT–Polio–Hib dans les délais	NON RÉALISÉ	En 2014-2015, 86,0 % des enfants ont reçu leur première dose de vaccin dans les délais, la cible étant de 90 %. Donnée de P12.
	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccin contre le méningocoque de séro groupe C dans les délais	NON RÉALISÉ	En 2014-2015, 77,2 % des enfants ont reçu leur première dose de vaccin dans les délais, la cible étant de 80 %. Les résultats du CSSS SOV sont inférieurs (en valeur absolue) de 2,8 %. Donnée de P12.
PAS DE CIBLE	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais	RÉALISÉ	En 2014-2015, 77,4% des enfants ont reçu leur première dose de vaccin dans les délais, la cible étant de PAS DE CIBLE. Les résultats du CSSS SOV sont supérieurs (en valeur absolue) de 3,4 %.
	Nombre de fumeurs rejoints par le centre d'abandon du tabac	NON RÉALISÉ	En 2014-2015, 101 usagers ont été rejoints, la cible étant de 155. Les résultats du CSSS SOV sont inférieurs de 32,9 %. Des phénomènes similaires sont observés dans tout Montréal. Il est à noter qu'il n'y a aucune liste d'attente pour ce programme. De nouvelles stratégies régionales de recrutement de la clientèle sont en cours d'élaboration afin d'accroître la demande de services.
	Nombre d'interventions individuelles effectuées par le centre d'abandon du tabac	NON RÉALISÉ	En 2014-2015, 279 interventions individuelles ont été effectuées, la cible étant de 464. Les résultats du CSSS SOV sont inférieurs de 39,9 %. Des phénomènes similaires sont observés dans tout Montréal. Il est à noter qu'il n'y a aucune liste d'attente pour ce programme. De nouvelles stratégies régionales de recrutement de la clientèle sont en cours d'élaboration afin d'accroître la demande de services.
PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT			
Soutien à domicile en CSSS	Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services	NON RÉALISÉ	3 285 usagers ont été rencontrés en 2014-2015 Cible à atteindre : 3 391 Résultat inférieur de 3,1 %

OBJECTIFS ADMINISTRATIFS	INDICATEURS		COMMENTAIRES
	Nombre total d'heures de service en longue durée rendues à domicile	RÉALISÉ	202 814 heures de service ont été dispensées à domicile en 2014-2015 (projection à partir de P12) Cible à atteindre : 177 062 Résultat supérieur de 14,5 %
	Nombre moyen d'interventions	RÉALISÉ	En moyenne, 61,6 interventions ont été réalisées par usager en 2014-2015. Cible à atteindre : 46,18 interventions Résultat supérieur de 33,4 %
581	Degré moyen d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)	PARTIELLEMENT RÉALISÉ	Selon l'entente 2014-2015, le réseau de services intégrés pour les personnes âgées devrait être implanté en moyenne à 70 %. Mécanisme de coordination : En cours Personne responsable : RÉALISÉ Mécanisme d'accès au RSIPA : En cours Gestion de cas : En cours OEMC : En cours Système de communication : En cours
	Préalables reliés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée	RÉALISÉ	Selon l'entente de gestion 2014-2015, 100 % des préalables reliés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée devraient être implantés. (1) L'utilisation d'un outil de repérage à l'urgence validé et reconnu (Prisma 7 ou ISAR) : RÉALISÉ (2) La mise en place et l'application des mécanismes de suivi requis pour les repérages positifs : RÉALISÉ (3) La présence d'un intervenant de liaison (ou pivot ou réseau) à l'urgence dédié à la clientèle des personnes âgées vulnérables et qui assurent les liens inter-établissements : RÉALISÉ (4) L'application d'un programme de marche (ou de mobilité) à l'urgence et aux unités d'hospitalisation : RÉALISÉ

OBJECTIFS ADMINISTRATIFS	INDICATEURS	PARTIELLEMENT RÉALISÉ	COMMENTAIRES
590	Planification des activités pour toutes les composantes de l'approche adaptée à la personne âgée	PARTIELLEMENT RÉALISÉ	En 2014-2014, 93,8 % des activités pour toutes les composantes de l'approche adaptée à la personne âgée ont été planifiées, la cible étant de 100 %.
582- INDICATEUR ERRONÉ	Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS et du programme d'hébergement pour évaluation (PHPE) des 75 ans et plus	RÉALISÉ	Pourcentage de déclaration en hébergement pour 2014-2015 : 1,49 % Cible à atteindre : 4,99 % Résultat supérieur de 3,8 %
Séjour a l'urgence	Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	NON RÉALISÉ	Durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence personnes de 75 ans et plus en 2014-2015: 25,3 heures Cible à atteindre : 12 heures Écart de 110,8 %
	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	NON RÉALISÉ	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus en 2014-2015 : 11,89 % Cible à atteindre : 0 %
DÉFICIENCE PHYSIQUE			
DP	Nombre de personnes (DP) recevant des services	RÉALISÉ	708 usagers ont été rencontrés en 2014-2015 Cible à atteindre : 662 usagers Écart de 6,9 %
	Taux des demandes de services pour les personnes ayant une déficience physique TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE		PRIORITÉ URGENTE (72 heures) - L'établissement ne reçoit aucune demande urgente. Les demandes en DP sont reçues plusieurs jours avant le congé de l'utilisateur afin de bien planifier son retour à domicile.
	Taux des demandes de services pour les personnes ayant une déficience physique TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE	NON RÉALISÉ	En 2014-2015 P12, le pourcentage de demandes de services traitées - PRIORITÉ ÉLEVÉE (30 jours) est de 68,8 %, la cible étant de 90 %. L'écart est de 21 % (en valeur absolue).
	Taux des demandes de services pour les personnes ayant une déficience physique TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	RÉALISÉ	En 2014-2015 P12, le pourcentage de demandes de services traitées - PRIORITÉ MODÉRÉE (1 an) est de 89,5 %, la cible étant de 90 %. L'écart est de 0,6 % (en valeur absolue).

OBJECTIFS ADMINISTRATIFS	INDICATEURS		COMMENTAIRES
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT			
DI ou TED	Nombre de personnes (DI ou TED) recevant des services	NON RÉALISÉ	560 usagers ont été rencontrés en 2014-2015 Cible à atteindre : 662 usagers Résultat inférieur de 15,4 %
	Taux des demandes de services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE		Les demandes de PRIORITÉ URGENTE sont acheminées aux centres spécialisés.
	Taux des demandes de services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGE S- PRIORITÉ ÉLEVÉE	NON RÉALISÉ	En 2014-2015 P12, le pourcentage de demandes de services traitées - PRIORITÉ ÉLEVÉE est de 33,3 %, la cible étant de 90 %. L'écart est de 57 % (en valeur absolue).
	Taux des demandes de services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE	NON RÉALISÉ	En 2014-2015 P12, le pourcentage de demandes de services traitées - PRIORITÉ MODÉRÉE est de 82,09 %, la cible étant de 90 %. Résultat inférieur de 7,9 %.
	Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle et TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage)	RÉALISÉ	En 2014-2015, les familles respectives de 302 personnes ayant une déficience intellectuelle et TED ont reçu des services de soutien, la cible étant de 277 usagers. Les résultats du CSSS du Sud-Ouest-Verdun sont supérieurs de 9,0 %.
	Nombre de personnes ayant une déficience physique ou une déficience intellectuelle et TED recevant des services en établissement-CSSS (Cible globale)	NON RÉALISÉ	En 2014-2015, 1 239 personnes ayant une déficience physique, intellectuelle et TED ont reçu des services, la cible étant de 1 324 usagers. L'écart est de 4,2 %.

OBJECTIFS ADMINISTRATIFS	INDICATEURS		COMMENTAIRES
DÉPENDANCES			
	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et jeu pathologique	NON RÉALISÉ	<p>En 2014-2015 P12, 14 personnes ont reçu des services en dépendance, la cible étant de 23 usagers. L'écart est de 39,1 %. Il est à noter qu'il n'y a aucune liste d'attente pour ce service. Une entente est actuellement en cours de développement avec un organisme communautaire afin d'accroître la demande de services.</p> <p>Dans le cadre d'une entente de services avec le Centre Dollard-Cormier, une intervenante spécialisée en dépendance est présente à l'urgence et à la CRI-UMF; celle-ci assure un suivi auprès de la clientèle ciblée. Cependant, les données sont consignées par le Centre Dollard-Cormier.</p>
SANTÉ MENTALE			
Urgence - santé mentale Hôpital de Verdun	Séjour moyen sur civière	NON RÉALISÉ	<p>Durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence en 2014-2015 : 12,6 heures Cible à atteindre : PAS DE CIBLE</p>
	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	NON RÉALISÉ	<p>Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière en 2014-2015 : 2,25 % Cible à atteindre : PAS DE CIBLE</p>
Services de première ligne	Nombre d'usagers ayant reçu des services en CSSS	RÉALISÉ	<p>2 535 usagers (2 166 adultes et 369 jeunes) ont été rencontrés en 2014-2015 (projection faites basées sur P12) Cible à atteindre : 2 091 usagers (cible révisée en fonction de la planification stratégique 2010-2015) Résultat supérieur de 21,2 %</p>

OBJECTIFS ADMINISTRATIFS	INDICATEURS		COMMENTAIRES
SANTÉ PHYSIQUE			
Urgence - santé physique Hôpital de Verdun	Séjour moyen sur civière - tous	NON RÉALISÉ	Durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence en 2014-2015 : 20,1 heures Cible à atteindre : 12 heures Écart de 67,5 %
	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière - tous	NON RÉALISÉ	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière en 2014-2015 : 7,1 % Cible à atteindre : 0 % Écart de 7,1 % (valeur absolue)
	Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	NON RÉALISÉ	Pourcentage de séjour de 24 heures et plus sur civière en 2014-2015 : 35,0 % Cible à atteindre : 20 % Écart de 15,0 % (valeur absolue)
Chirurgies délais	Pourcentage des demandes inscrites traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	RÉALISÉ	En 2014-2015, 94,8 % des demandes inscrites ont été traitées. Cible à atteindre : 90 % Résultat supérieur de 4,8 % (valeur absolue)
	Pourcentage des demandes inscrites traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	RÉALISÉ	En 2014-2015, 94,3 % des demandes inscrites ont été traitées. Cible à atteindre : 90 % Résultat supérieur de 4,3 % (valeur absolue)
	Pourcentage des demandes inscrites traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	RÉALISÉ	En 2014-2015, 100 % des demandes inscrites ont été traitées. Cible à atteindre : 90 % Résultat supérieur de 10 % (valeur absolue)
	Pourcentage des demandes inscrites traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	PARTIELLEMENT RÉALISÉ	En 2014-2015, 88,3 % des demandes inscrites ont été traitées. Cible à atteindre : 90 % Résultat inférieur de 1,7 % (valeur absolue)
	Pourcentage des demandes inscrites traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	RÉALISÉ	En 2014-2015, 97,3 % des demandes inscrites ont été traitées. Cible à atteindre : 90 % Résultat supérieur de 7,3 % (valeur absolue)

OBJECTIFS ADMINISTRATIFS	INDICATEURS		COMMENTAIRES
	Pourcentage des demandes inscrites traitées dans les délais pour une chirurgie oncologique	NON RÉALISÉ	En 2014-2015, 73,0 % des demandes inscrites ont été traitées dans les délais. Cible à atteindre : 90 % L'écart est de 17 % (valeur absolue). Toutefois, après vérification, aucun patient avec un cancer ou une suspicion de cancer n'avait été opéré hors délais. Une problématique d'inscription de la requête dans le logiciel SIMASS a cependant été observée et sera corrigée.
	Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an pour une arthroplastie totale de la hanche	RÉALISÉ	En 2014-2015, aucune demande n'a été en attente depuis plus d'un an.
	Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an pour une arthroplastie totale du genou	RÉALISÉ	En 2014-2015, aucune demande n'a été en attente depuis plus d'un an.
	Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie de la cataracte	RÉALISÉ	En 2014-2015, aucune demande n'a été en attente depuis plus d'un an.
	Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie avec hospitalisation	PARTIELLEMENT RÉALISÉ	En 2014-2015, 1 seule demande a été en attente depuis plus d'un an (en P11).
	Nombre de demandes de chirurgie en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie d'un jour	PARTIELLEMENT RÉALISÉ	En 2014-2015 P13, le nombre de demandes en attente de plus d'un an est de 1, la cible étant de 0.
Désencombrement de l'urgence	Nombre moyen de patients en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers occupant des lits de courte durée	NON RÉALISÉ	Au total en 2014-2015, le nombre moyen de patients est de 4,5. La cible étant de 3.

OBJECTIFS ADMINISTRATIFS	INDICATEURS		COMMENTAIRES
	Nombre moyen de patients en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	NON RÉALISÉ	Nombre moyen de patients en 2014-2015 : 6,4 Cible à atteindre : 3
	Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	RÉALISÉ	Nombre moyen de patients en 2014-2015 : 1,4 Cible à atteindre : 3
	Nombre moyen de patients en attente d'hébergement en santé mentale occupant des lits de courte durée	RÉALISÉ	Nombre moyen de patients en 2014-2015 : 0 Cible à atteindre : 3
RESSOURCES HUMAINES			
	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	RÉALISÉ	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées en 2014-2015 P12 : 5,50% Cible à atteindre : 5,78 %
	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmiers	NON RÉALISÉ	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmiers en 2014-2015 P12 : 3,89 % Cible à atteindre : 3,73 %
	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel réseau	NON RÉALISÉ	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel réseau en 2014-2015 P12 : 2,51 % Cible à atteindre : 2,47 %
	Pourcentage de recours à la MOI par les infirmières	RÉALISÉ	Pourcentage de recours à la MOI infirmières en 2014-2015 P12 : 3,74 % Cible à atteindre : 4,23%
	Pourcentage de recours à la MOI par les infirmières auxiliaires	NON RÉALISÉ	Pourcentage de recours à la MOI infirmières auxiliaires en 2014-2015 P12 : 1,87 % Cible à atteindre : 1,56 %
	Pourcentage de recours à la MOI par les préposés aux bénéficiaires	RÉALISÉ	Pourcentage de recours à la MOI préposés aux bénéficiaires en 2014-2015 P12 : 1,17 % Cible à atteindre : 1,58 %
	Pourcentage de recours à la MOI par les inhalothérapeutes	RÉALISÉ	Pourcentage de recours à la MOI inhalothérapeutes en 2014-2015 P12 : 0,02% Cible à atteindre : 1,00 %

OBJECTIFS ADMINISTRATIFS	INDICATEURS		COMMENTAIRES
556	Nombre d'infirmières spécialisées en soins de première ligne (IPS) titularisées et offrant des services de première ligne	PARTIELLEMENT RÉALISÉ	<p>Nombre d'infirmières en 2014-2015 : 5 Cible à atteindre : 7 Écart de 28.5 % Un processus de recrutement est actuellement en cours afin de combler les postes vacants</p>

QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS ET SERVICES

DÉMARCHE D'AGRÉMENT

L'agrément est un outil important d'amélioration de la qualité et de la sécurité des usagers/résidents qui permet à l'organisme d'évaluer ses services de façon régulière et constante.

La prochaine visite d'Agrément Canada aura lieu en septembre 2015 et toutes les équipes s'y préparent de façon soutenue. L'équipe de la direction qualité et planification stratégique coordonne et soutient la démarche, notamment par une série d'événements destinés à tous les gestionnaires. Les rencontres pour les responsables des pratiques organisationnelles requises et celles pour les chefs d'équipe qualité ont aussi été tenues régulièrement. Tous ces efforts ont mené à de très bons résultats.

Les résultats ont été particulièrement intéressants au niveau du sondage de mobilisation du personnel et du sondage de satisfaction de l'expérience client. En effet, en moins de trois semaines, 2 563 employés ont complété le questionnaire électronique du sondage de mobilisation pour un taux de mobilisation global de 73 %. Ce niveau de participation est inédit. Du côté du sondage de satisfaction de la clientèle, l'indice de satisfaction a été de 87 %, ce qui est supérieur au résultat obtenu lors de la dernière démarche.

LES ACTIONS RÉALISÉES POUR PROMOUVOIR DE FAÇON CONTINUE LA DÉCLARATION ET LA DIVULGATION DES INCIDENTS/ACCIDENTS

En plus des journées d'orientation qui nous permettent de sensibiliser tous les nouveaux employés à l'importance de la déclaration et de la divulgation des incidents et accidents, des interventions ont été faites auprès des gestionnaires lors des rencontres de gestion des différentes directions concernées. Cette année, la politique de gestion des incidents, accidents et événements sentinelles a été revue en profondeur. Les procédures associées à cette politique, incluant la procédure de déclaration, ont également été remises à jour et adoptées. Par ailleurs, de nouvelles versions du règlement portant sur la divulgation d'un accident et de sa procédure associée ont aussi été produites. Le processus de révision de ces documents a permis de sensibiliser et d'échanger avec plusieurs groupes au sujet de la déclaration et de la divulgation, dont l'ensemble des conseils professionnels et le comité des usagers.

La semaine nationale de sécurité du patient a été, encore cette année, l'occasion de rappeler l'importance de la déclaration. Plusieurs moyens ont été utilisés, notamment l'affichage dynamique et les publications internes. Des interventions directes auprès des intervenants ou des équipes sont aussi faites régulièrement par les membres de l'équipe de la direction qualité et planification stratégique.

LES CORRECTIFS MIS EN PLACE POUR APPLIQUER LES RECOMMANDATIONS DU CORONER

L'établissement n'a reçu aucune recommandation du coroner durant l'année.

APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE DES USAGERS

L'utilisation d'une mesure de contrôle (contention et isolement) est une intervention exceptionnelle qui découle d'un processus de décision et de collaboration entre les intervenants, l'utilisateur et ses proches. Afin d'assurer une application rigoureuse du Protocole d'application des mesures de contrôle : contention et isolement, le CSSS du Sud-Ouest-Verdun procède à des mesures annuelles de la prévalence d'utilisation des contentions et de l'isolement dans ses installations. Un suivi systématique est fait auprès des directions concernées afin d'assurer la sécurité de la clientèle.

INFORMATIONS SUR L'APPLICATION DE LA PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES, LA SATISFACTION DES USAGERS DE MÊME QUE LE RESPECT DE LEURS DROITS

Le rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers, de même que le respect de leurs droits 2014-2015 a été déposé le 30 avril 2015 auprès de la présidente-directrice générale du CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal.

Ce rapport fait le bilan des activités du bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services et intègre le rapport du médecin examinateur ainsi que celui du comité de révision.

Toute personne intéressée à recevoir un exemplaire de ce rapport peut en faire la demande au bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, en composant le : 514 765-7331 ou le 514 362-1000, poste 67331.

Il est également possible de communiquer avec le bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services par courrier électronique à l'adresse suivante : commissaire.plaintes.sov@ssss.gouv.qc.ca.

9

**CONSEILS ET COMITÉS
DE L'ÉTABLISSEMENT CRÉÉS
EN VERTU DE LA LOI SUR LES
SERVICES DE SANTÉ ET LES
SERVICES SOCIAUX**

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION AU 31 MARS 2014

Président:

M. Gilles Beaudry, Nomination – Agence

Vice-président:

M. Gaëtan Couture, Cooptation

Secrétaire

M^{me} Sonia Bélanger, directrice générale

Administrateurs:

M^e Pascale Bédard, Cooptation

M^{me} Andréia Bittencourt, Cooptation

M. Patrice Catoir, Cooptation

M. Bernard Circé, Désignation - Fondations

M. Gaëtan Couture, Cooptation

M^{me} Jennifer De Combe, Cooptation / Organismes communautaires

M^{me} Julie Demeule, Désignation / Conseil des infirmières et infirmiers

M^{me} Lise Dubreuil, Élection / Population

D^r Benoit Gailloux, Désignation / Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

M^{me} Micheline Girard, Désignation / Comité des usagers

M. Walter Gregory, Élection / Population

M^{me} Françoise Morin, Désignation / Personnel non clinique

M^{me} Catherine P. Mulcair, Désignation / Conseil multidisciplinaire

M^{me} Janet Parento, Désignation / Comité des usagers

D^r Guy Rivard, Cooptation

M^{me} Micheline Ulrich, Nomination - Agence

COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Comité de gouvernance et d'éthique

M. Gilles Beaudry, président

M^{me} Sonia Bélanger

M. Bernard Circé

M. Gaëtan Couture

D^r Guy Rivard

Comité de vérification

M. Bernard Circé, président

M^e Pascale Bédard

M. Patrice Catoir

M. Gaëtan Couture

M. Walter Gregory

Comité de vigilance et de la qualité

D^r Guy Rivard, président

M. Gilles Beaudry

M^{me} Sonia Bélanger

M^{me} Janet Parento

M^{me} Élisabeth Pusztai

Comité de révision

M^e Pascale Bédard, présidente

D^r Michel Podtetenév

D^{re} Josée Giroux

Comité de traitement des plaintes (résidents en médecine et moniteurs)

D^{re} Daphné Handanos, présidente
D^r Jocelyn Barriault
Poste vacant - Résident en médecine désigné
par le conseil d'administration

Comité de gestion des risques

M. Stéphane Charbonneau, président
M^{me} Manon Aubé
D^r Jocelyn Barriault
M^{me} Marie Corriveau
M^{me} Lise Marcotte
M^{me} Janet Parento
M^{me} Nathalie Poupart
M^{me} Nathalie Roy
M. Jean-François Trépanier
M. Visal Uon
M. Mario Vaillancourt
M^{me} Aurore Ware
Poste vacant – un usager
Poste vacant – une personne qui, en vertu d'un
contrat de services, dispense pour le compte de
l'établissement des services aux usagers

Comité d'évaluation du rendement du directeur général

M. Gilles Beaudry, président
M. Gaëtan Couture
D^r Guy Rivard

Comité d'éthique de la recherche

M^{me} Marie-Michelle Charest, présidente
M^{me} Isabelle Coursol
M. Richard G. Lamontagne
M^e Marie-Ève Gingras
M^e Marie-Pierre Gravel
M^e Carol-Anne Langlois
D^r François Lehmann
D^r Daniel Murphy
M^{me} Josette Nassar (membre substitut)
M. Visal Uon

Comité des ressources humaines

M. Gilles Beaudry, président
M^{me} Sonia Bélanger
M^{me} Andréia Bittencourt
M^{me} Lise Dubreuil
M^{me} Micheline Ulrich
M. Jean-Marc Daniel

Comité de suivi stratégique des orientations cliniques

M^{me} Julie Demeule, présidente
M. Gilles Beaudry
M^{me} Sonia Bélanger
M^{me} Jennifer De Combe
M. Yves Desjardins
D^r Benoit Gailloux
M^{me} Catherine P. Mulcair

Comité d'évaluation du rendement du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

M. Gilles Beaudry, président
M^{me} Sonia Bélanger

MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

D^r Benoit Gailloux, président
D^r Michel Dallaire, vice-président
D^r Pierre Pascual, secrétaire-trésorier
D^{re} Emmanuelle Fourestié
D^r Normand Gravel, conseiller
M. Visal Uon, conseiller
D^r Jacques Jobin, président sortant
M^{me} Micheline Viens, conseillère
M^{me} Sonia Bélanger, directrice générale
D^{re} Jocelyn Barriault, directeur des services professionnels intérimaire
D^{re} Daphné Handanos, directrice de l'enseignement médical

MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

M^{me} Géraldine Habif, présidente CII
M^{me} Nathalie Poupart, vice-présidente CII
M^{me} Sylvie Gignac, présidente CIIA
Poste vacant, vice-présidente CIIA
M^{me} Dominique Demers, secrétaire
M^{me} Julie Demeule, agente de communication
M^{me} Carol-Anne Langlois, conseillère
M^{me} Nancy Parisé, conseillère
M^{me} Annick Pirro, conseillère
M^{me} Yvonne Siméon, conseillère
M^{me} Anne-Marie Loiselle, membre CIIA
M^{me} Claire-Adèle Augustin, membre CIIA
M^{me} Marie Corriveau, substitut de la directrice générale

MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

M^{me} Monique Bouchard, présidente
M^{me} Josée Pirro, vice-présidente
M. Mario Vaillancourt, secrétaire
M^{me} Marie-Josée Apothéloz, agente de communication
M. Alexandre Lauzon, officier
M^{me} Catherine P. Mulcair, officière
M^{me} Dominique Naud, officière
M^{me} Isabelle Coursol, représentante de la Direction générale
M^{me} Marie Corriveau, substitut de la directrice générale

MEMBRES DU COMITÉ DES USAGERS

M^{me} Janet Parento, présidente
M^{me} Monique Labelle, vice-présidente
M^{me} Micheline Girard, trésorière
M. Yvon Bourdon
M^{me} Lorraine Brown
M^{me} Solange Choquette
M. René Dallaire
M^{me} Madeleine Gougeon
M^{me} Nicole Ouellette
M. Pierre Rousseau

MEMBRES DU COMITÉ DES RÉSIDENTS

Centre d'hébergement Champlain

M^{me} Solange Choquette, présidente
M^{me} Claire Dussault-Cadieux, vice-présidente
M. Léopold Chèvrefils
M^{me} Andrée Cyr
M. Jean-Paul Cyr
M^{me} Berthe Ducharme
M^{me} Lise Ledroit
M^{me} Jeannette Morin
M. Ronald Murray
M. Claude Rochon
M^{me} Suzanne Sauvé
M^{me} Anne Théberge

Centre d'hébergement de Saint-Henri

M^{me} Madeleine Gougeon, présidente
M^{me} Colombe Boucher
M^{me} Régina Carrier
M^{me} Marguerite Castonguay
M. Arthur Jubinville
M. E.-Rosaire Larivière
M^{me} Thérèse Legault
M. Patrick Lemon
M^{me} Jeannine Sarrazin
M^{me} Monique Vézina

Centre d'hébergement Yvon-Brunet

M^{me} Micheline Girard, présidente
M. Jean De Launière
M^{me} Claire Jetté
M. Richard Lamontagne
M^{me} Jacqueline Leblanc
M. François Lortie
M. Guy Messier
M^{me} Cécile Pilon

Centre d'hébergement des Seigneurs

M^{me} Monique Labelle, présidente
M. André Barbeau
M^{me} Claire D'Orvilliers
M. Jean Famelart

CLSC de Verdun, de Saint-Henri et de Ville-Émard-Côte-Saint-Paul

M. René Dallaire, président
M^{me} Bianca Lucin
M^{me} Stella Nyota Lisasi

Centre d'hébergement du Manoir-de-Verdun

M. Yves Bourdon, président
M. Louis Bélisle
M^{me} Francine Farley
M^{me} Carole Hébert
M. Claude Hébert
M^{me} Armande Richard
M^{me} Claudette Simard
M. Serge Tanguay

Centre d'hébergement Réal-Morel

M. Pierre Rousseau, président
M^{me} Johane Perreault, vice-présidente
M^{me} Louise Beausoleil, trésorière
M^{me} Lise Dufour
M. Jean-Paul Fleurent
M. Yvon Forcier
M. Pierre Leduc
M^{me} Francine L'Heureux
M^{me} Gisèle St-Germain
M^{me} Rose Rolland

Centre d'hébergement Louis-Riel

M^{me} Nicole Ouellette, présidente
M^{me} Andrée Jodoin, vice-présidente
M^{me} Micheline Boucher, trésorière
M^{me} Ida Bélair
M^{me} Thérèse Cloutier
M^{me} Ann Stewart
M. Antonio Lécuyer

Ressource intermédiaire

L'Ancien pensionnat Côte-Saint-Paul

M^{me} Lorraine Brown, présidente
M. Léo artin
M^{me} Francine Romanelli
M^{me} Martine Nicol

Hôpital de Verdun

M^{me} Janet Parento, présidente

COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

Le comité de gouvernance et d'éthique a tenu trois réunions ordinaires au cours de l'exercice 2014-2015.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Composition - Le comité de gouvernance et d'éthique a pris acte de la démission de Mme Lorraine Duchesne-Noiseux en date du 28 octobre 2014, après plus de 10 années à la présidence du conseil d'administration. Dans le cadre de cette démission, le comité a fait le suivi de la procédure interne de nomination et d'intégration d'un nouvel administrateur. De plus, il a émis des recommandations quant à la composition des comités du conseil d'administration.

Fonctionnement et performance - Le comité de gouvernance et d'éthique a analysé le plan d'amélioration 2014-2015 du conseil d'administration, lequel découle du questionnaire d'évaluation du fonctionnement et de la performance du conseil d'administration complété à l'automne 2013. À cet égard, le comité a proposé différents moyens à mettre de l'avant afin d'améliorer le fonctionnement et la performance du conseil d'administration. De plus, il a fait le suivi de la mise en œuvre du plan d'amélioration 2014-2015 du conseil d'administration.

Frais de représentation - Le comité de gouvernance et d'éthique a analysé les frais de représentation du conseil d'administration pour l'exercice 2013-2014. Ces derniers ont diminué par rapport à l'exercice 2012-2013, permettant ainsi d'atteindre un juste équilibre entre la nécessité pour le conseil d'administration d'être présent au sein de la communauté et les impératifs de saine gestion des finances publiques.

Séance publique annuelle d'information - Le comité de gouvernance et d'éthique a contribué au scénario de déroulement de la séance publique annuelle d'information du conseil d'administration, laquelle a eu lieu le mercredi 22 octobre 2014. En marge de cet événement, l'organisation a procédé au lancement du livre « Le Sud-Ouest–Verdun : une histoire de santé de 1867 à 2014 » et a rendu un vibrant hommage à Mme Lorraine Duchesne-Noiseux, qui a été présidente du conseil d'administration du CSSS du Sud-Ouest–Verdun de 2004 à 2014.

DÉMARCHE D'AGRÉMENT DE L'ORGANISATION

Le comité de gouvernance et d'éthique a été très actif dans le cadre de la démarche d'agrément de l'organisation. Tout d'abord, le comité a analysé les résultats du questionnaire d'autoévaluation d'Agrément Canada sur les normes de gouvernance. Tous les administrateurs devaient en effet compléter ce questionnaire en vue de la visite de l'organisme à l'automne 2015.

Trois critères d'Agrément Canada en matière de gouvernance devaient faire l'objet d'un plan d'action dans le but de s'assurer de leur mise en œuvre. À cet égard, le comité a proposé différents moyens à mettre de l'avant afin de s'assurer que l'organisation respecte les exigences d'Agrément Canada

relativement à ces critères, notamment l'élaboration d'un questionnaire d'autoévaluation sur la contribution de chaque administrateur au sein du conseil d'administration.

L'ensemble des autres critères d'Agrément Canada en matière de gouvernance ont fait l'objet d'un état de situation. Le comité a analysé les moyens qui devront être mis de l'avant afin de s'assurer que l'organisation respecte les exigences d'Agrément Canada relativement à ces critères, notamment la révision des règlements de gouvernance et des politiques du conseil d'administration en fonction des échéanciers établis.

PROJET DE LOI N° 10, Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales

Le comité de gouvernance et d'éthique a fait le suivi du dépôt du projet de loi no 10, *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. Le comité a été informé de l'évolution des travaux en lien avec la planification et la mise en œuvre des futurs CIUSSS de l'île de Montréal. Le comité a également été informé des amendements ministériels déposés par le ministre de la Santé et des Services sociaux et a analysé ses impacts sur l'organisation.

RECOMMANDATIONS

Le comité de gouvernance et d'éthique a recommandé au conseil d'administration :

- d'adopter le rapport annuel d'activités 2014-2015 du comité de gouvernance et d'éthique;
- d'adopter la politique relative à l'élaboration des profils de compétence et d'expérience des administrateurs;
- d'adopter le profil de compétence et d'expérience pour l'un des deux administrateurs nommés par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal;
- d'approuver le dépôt d'une candidature pour le collège électoral de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal;
- d'adopter la version révisée de la politique relative à l'accueil et l'intégration du nouvel administrateur;
- de nommer un nouvel administrateur pour siéger au comité d'évaluation du rendement de la directrice générale;
- de nommer un nouvel administrateur pour siéger au comité des ressources humaines.

CONCLUSION

Avec l'entrée en vigueur du projet de loi n° 10, *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, le mandat du conseil d'administration du CSSS du Sud-Ouest–Verdun, et du même coup celui du comité de gouvernance et d'éthique, prend fin le 31 mars 2015.

À partir du 1er avril 2015, le CSSS du Sud-Ouest–Verdun sera intégré au CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal et un nouveau conseil d'administration sera mis en place.

COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES

Le comité des ressources humaines a tenu trois réunions au cours de l'exercice 2014-2015.

FAITS SAILLANTS

- Toutes les cibles en gestion des ressources humaines en ce qui a trait à la main-d'œuvre indépendante et au temps supplémentaire ont été atteintes et dépassées.
- Les résultats de main-d'œuvre indépendante pour les infirmières ont été excellents. Ceux-ci ont permis à l'établissement de terminer au premier rang en ce qui concerne cet indicateur parmi les douze (12) CSSS à Montréal.
- Pour l'année 2014-2015 tous les indicateurs en planification du personnel se sont améliorés :
 - Le taux de rétention chez les nouveaux employés a augmenté pour se situer à 75,00 % comparativement à 68,23 % ;
 - Le taux de précarité est demeuré stable 18,0 % ;
 - Le taux de roulement a diminué pour se situer à 11,44 % comparativement à 15,78 %.
- Pour l'année 2014-2015, la cible en assurance salaire (6,66 %) prévue à l'entente de gestion a été atteinte et dépassée. Nous avons terminé l'année à 5,86 %.
- Le nombre d'accidents de travail pour l'année 2014 est de 191.
- Une démarche a été faite avec les cadres intermédiaires, la direction des ressources humaines et du développement organisationnel et un consultant externe afin de traduire les six compétences génériques retenues en comportements concrets, mesurables et adaptés à la culture organisationnelle.
- La direction des ressources humaines et du développement organisationnel a dispensé en collaboration avec le CHUM une formation de gestionnaire coach à tous les cadres intermédiaires. Cette formation a pour objectif de permettre aux cadres de faire évoluer leur rôle non seulement comme gestionnaire, mais également comme coach et ainsi permettre à ces derniers d'augmenter leur présence auprès des membres de leur équipe. Tout cela ayant comme ultime but d'améliorer les services et les soins offerts à nos clients.
- La direction des ressources humaines et du développement organisationnel a développé et dispensé une formation sur la gestion du changement aux préposés aux bénéficiaires du Centre d'hébergement Yvon-Brunet suite au projet Lean. Les six séances d'une durée de 7 heures chacune ont permis à 61 préposés aux bénéficiaires de recevoir cette formation.

- Le projet Employeur de choix (norme 4 – établissements promoteurs de santé) s’est poursuivi. De nombreuses activités ont été organisées (programme d’exercices à la tâche pour les préposés aux bénéficiaires en hébergement, démarche de civilité, semaine thématique, cours de Zumba, conférences midi, etc.).
- En préparation pour la visite de l’agrément, un sondage sur la mobilisation a été effectué du 6 au 23 octobre 2014. Les résultats sont excellents. L’indice de mobilisation est de 73 % comparativement à 72 % en 2012 avec un taux de participation de 64 % (2 563 questionnaires traités).
- La politique favorisant la civilité et visant à prévenir toute forme de harcèlement et de violence en milieu de travail a été révisée et adoptée par le conseil d’administration.
- La cible relative à l’allègement de la structure d’encadrement qui est de 25 ETC devrait être atteinte d’ici le 31 mars 2015. Au 18 février 2015, 21,1 postes équivalents à temps complet ont été abolis et 4,4 autres le seront au cours des prochaines semaines.

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

Le comité des ressources humaines n’a émis aucune recommandation au conseil d’administration.

CONCLUSION

L’année 2014-2015 a été encore une année où l’ensemble des indicateurs ressources humaines ont été atteints et dépassés. De plus, plusieurs programmes ont été mis en place afin de permettre à l’organisation de poursuivre son développement tout en supportant et accompagnant les gestionnaires dans leurs fonctions reliées à la gestion des ressources humaines. Tous les travaux du comité ont pour objectif de permettre la meilleure utilisation des ressources humaines afin d’améliorer la qualité des soins et des services offerts à notre clientèle.

Devant les excellents résultats en gestion des ressources humaines, les membres du comité sont très heureux du magnifique travail accompli par les membres de la direction des ressources humaines et du développement organisationnel et les encouragent, ainsi que tous les autres membres de l’organisation, à poursuivre leurs travaux et leurs efforts.

COMITÉ D’ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

Le comité d’éthique et de la recherche (CÉR) s’est réuni à sept (7) reprises au cours de l’exercice 2014-2015 et le taux de participation a été de 55 % en moyenne.

ÉTUDE ET ÉVALUATION DES PROJETS DE RECHERCHE SOUMIS AU CÉR

Au cours de l’année 2014-2015, le CÉR a procédé à l’évaluation de neuf (9) nouveaux projets de recherche, dont trois (3) projets multicentriques. De plus, il a assuré une évaluation continue de

l'évolution des projets de recherche en cours selon les spécificités de chacun. Les nouveaux projets de recherche sont présentés mensuellement au CÉR.

Les types de projet de recherche sont variés, ce qui demande au comité de s'assurer que ses membres possèdent une expertise et une connaissance spécifique en divers domaines pour permettre une évaluation adéquate et complète des projets. Lorsqu'un projet présente une caractéristique particulière qui requiert la collaboration d'une expertise externe, le CÉR peut avoir recours à cette dernière. Voici certains types de projet de recherche qui ont été soumis au comité au cours de l'année : recherche sur les habitudes de vie, recherche en réadaptation et recherche médicale.

RENOUVELLEMENT ET FERMETURE DE PROJETS DE RECHERCHE

Pour l'année 2014-2015, 24 projets de recherche ont été traités pour renouvellement et un tableau de compilation a été fait et déposé au CÉR.

Cinq (5) dossiers ont été fermés durant l'année. Une révision, dossier par dossier, a été faite et des lettres ont été envoyées aux chercheurs principaux pour confirmer la fin des projets.

Dossiers traités par le CÉR en 2014-2015 :

Nouveaux projets	Fins de projet	Renouvellement
9	5	24

POLITIQUE SUR LA GESTION ADMINISTRATIVE DES ACTIVITÉS DE RECHERCHE RÉALISÉES EN PARTENARIAT AVEC LE SECTEUR PRIVÉ

La politique sur la gestion administrative des activités de recherche réalisées en partenariat avec le secteur privé a été révisée, puis déposée et adoptée par le conseil d'administration du CSSS au mois de décembre 2014.

DÉSIGNATION D'UNE PERSONNE MANDATÉE POUR AUTORISER LA RÉALISATION DES RECHERCHES DANS L'ÉTABLISSEMENT SELON LES MODALITÉS PRÉVUES AU CADRE DE RÉFÉRENCE DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX POUR L'AUTORISATION D'UNE RECHERCHE MENÉE DANS PLUS D'UN ÉTABLISSEMENT

Au cours de l'année, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mis en place des nouvelles modalités d'examen éthique des projets de recherche multicentriques. Une personne mandatée pour autoriser la réalisation des recherches dans l'établissement ou sous ses auspices a donc été désignée selon les modalités du Cadre de référence par le conseil d'administration du CSSS au mois de décembre 2014. La personne mandatée est le directeur de la qualité et de la planification stratégique, monsieur Stéphane Charbonneau.

RAPPORT ANNUEL AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Chaque année, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) demande aux CÉR de présenter un rapport complet de leurs activités. Le rapport a été transmis au MSSS au mois de février 2015.

CRÉATION DU POSTE DE COORDINATION DE LA RECHERCHE ET RECRUTEMENT D'UN PROFESSIONNEL

Afin de soutenir et de coordonner les activités de recherche, le CSSS du Sud-Ouest–Verdun a décidé d'ajouter une ressource dédiée spécifiquement à ces fonctions. Ainsi, madame Sophie Charbonneau, Ph.D en médecine expérimentale, joint l'équipe de la qualité et de la planification stratégique à titre de coordonnatrice de la recherche en septembre 2014.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE PROJET DE RECHERCHE DANS LE CADRE DES MIDIS D'ÉDUCATION CONTINUE

Le service de coordination et de soutien à la recherche de la Direction de la qualité et de la planification stratégique a développé une collaboration étroite avec le responsable de l'éducation médicale continue, le Dr Stéphane Proulx, afin d'inviter les chercheurs ayant mené des projets au CSSS du Sud-Ouest–Verdun à présenter leurs résultats dans le cadre des midis-conférences. La première présentation aura lieu en avril 2015. Cette collaboration vise à faire la promotion des activités de recherche menées au CSSS du Sud-Ouest–Verdun et à contribuer au rayonnement de l'établissement.

PERSPECTIVES POUR 2015-2016

Voici les dossiers sur lesquels se penchera le CÉR au cours de la prochaine année :

- dépôt du cadre réglementaire à la Direction générale;
- révision du formulaire de l'évaluation de la convenance institutionnelle;
- révision des politiques et des procédures pour adoption au comité de direction;
- politique de gestion des banques de données pour fins de recherche;
- politique sur l'intégrité scientifique – procédure sur le traitement de cas d'inconduite scientifique et manquement à l'éthique;
- politique sur la gestion des conflits d'intérêts, la double rémunération et l'incorporation des chercheurs.

CONCLUSION

Les membres du CÉR remercient bien sincèrement le conseil d'administration, la Direction générale et la direction de la Qualité et de la Planification stratégique pour leur soutien. Le CÉR remercie particulièrement madame Sophie Charbonneau, coordonnatrice de la recherche, pour son soutien et sa collaboration essentiels au bon fonctionnement du comité.

LE CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Les membres ont tenu dix réunions régulières pour étudier les différents dossiers actifs et veiller au maintien de la qualité de l'acte. Ils ont tenu une réunion extraordinaire afin de réviser les règlements internes du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).

PRINCIPALES RÉALISATIONS

1. Formulaire des signes vitaux

L'implantation d'une nouvelle procédure dans l'organisation des soins au 2^e sud a eu pour effet une diminution significative des plaintes reliées au délai de réponse aux cloches d'appel.

Cette même procédure – qui consiste, entre autres choses, à assurer la présence de la feuille des signes vitaux au chevet du patient – a été instaurée, ou est en voie de l'être, dans toutes les unités de soins.

2. Unité de 35 lits

Une unité de 35 lits a été aménagée au 3^e centre, ce qui permet notamment le délestage de la clientèle du CUSM.

En incluant dans le plan immobilier cette unité, on compte actuellement environ 275 lits actifs au total.

3. Dossiers incomplets

Une nouvelle procédure a été établie afin de diminuer le nombre de dossiers en retard qui ne cesse d'augmenter chaque année.

Cette procédure a été incluse dans les règlements internes du CMDP et des avis ont été émis pour sensibiliser les membres à l'importance de compléter leurs dossiers dans les délais prescrits.

4. Formulaire NIM

Un formulaire de consentement sur le choix du niveau d'intervention médicale (réanimation) pour l'utilisateur/résident a été élaboré.

L'implantation de ce formulaire a été réalisée avec succès. On le retrouve maintenant dans tous les dossiers de l'établissement.

5. Dossier Santé Québec

Le système du DSQ a été implanté dans l'établissement ce qui permet d'obtenir les analyses de laboratoire ainsi que les résultats de radiologie en temps réel.

Le dispositif permettant l'accès aux données a été remis gratuitement aux médecins qui en ont fait la demande.

6. Code d'éthique

La mise à jour du code d'éthique, dont le principal ajout traite des soins de fin de vie, a été diffusée.

La promotion du code ainsi que des rappels concernant son application ont été réalisés.

7. Règlements internes

Les règlements internes du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et des règlements généraux des départements ont été révisés.

Cette révision a été faite en conformité à la loi sur les services de santé et services sociaux ainsi qu'au règlement type de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec.

8. Registre des spécimens de signature des médecins

Un registre des signatures, c'est-à-dire de la signature de tous les médecins, a été mis au point afin de faciliter la tâche des pharmaciens.

Un avis rappelant aux médecins d'inscrire la date, l'heure et le numéro de permis de pratique sur les prescriptions a été émis.

9. Privilèges en échographie aux soins intensifs

Un expert en échographie aux soins intensifs a été nommé afin de valider les connaissances des médecins qui pratiquent cette technique et qui souhaitent obtenir les privilèges inhérents.

10. Vaccination contre l'influenza

La procédure de vaccination des patients dans le but de prévenir la propagation du virus a été revue dans le but d'accélérer le processus.

11. Comité de pharmacologie

Le sous-comité de pharmacologie et le comité de pharmacologie ont été fusionnés afin de réduire les procédures administratives et d'en augmenter leur efficacité.

12. Comité de discipline

Un comité de discipline a été constitué et les travaux suivent leur cours.

13. Recommandations au comité de l'amélioration de l'exercice médicale, dentaire et pharmaceutique

Des recommandations d'études à critères objectifs ont été faites au comité de l'amélioration de l'acte, notamment en ce qui a trait au problème de blocage des « picc lines » et de la nécessité de revoir les techniques de déblocage.

14. Recommandations au comité d'examen des titres

Des recommandations ont été faites au comité d'examen des titres, notamment en ce qui concerne les lettres de recommandation des candidats et candidates. Il a été suggéré qu'il soit demandé qu'un numéro de téléphone soit inscrit sur les lettres de recommandation afin que les signataires puissent être joints plus facilement dans le cas où de plus amples informations seraient nécessaires.

RECOMMANDATIONS

Outre les recommandations de nominations et de congés mentionnées dans le premier chapitre; outre les recommandations émises à ses différents comités, dont les principales ont été mentionnées précédemment; le CMDP a recommandé au conseil d'administration:

- le recours à un expert échographiste pour l'étude de plaintes par le comité de discipline;
- le jumelage de plaintes dont la nature des faits étaient similaires et concernait les mêmes professionnels;
- des changements au formulaire NIM afin de prévoir un espace pour une note explicative du médecin à propos de sa discussion avec le patient et/ou la famille;
- l'application du règlement interne en ce qui a trait aux obligations et responsabilités des médecins (7. VII), dentistes et pharmaciens, notamment le paiement de la cotisation annuelle;
- la fusion du sous-comité de pharmacologie et du comité de pharmacologie;
- la révision des règlements internes du CMDP;
- la révision des règlements généraux du département de médecine générale;
- la révision des règlements généraux du département de médecine spécialisée;
- la révision des règlements généraux du département de pharmacie;
- la révision des règlements généraux du département d'anesthésiologie;
- la révision des règlements généraux du département de biologie médicale;
- la révision des règlements généraux du département de médecine d'urgence;
- la procédure et le règlement relatifs à la divulgation des accidents;
- le règlement régissant l'émission et l'exécution des ordonnances de médicaments;

- le protocole de délégation de la vérification contenant-contenu en pharmacie;
- le formulaire de demande de transmission d'un profil pharmacologique à une pharmacie communautaire pour un établissement de santé;
- la constitution du comité de sélection du chef du département de radiologie;
- la constitution du comité de sélection du chef du département de chirurgie.

Le CMDP a également recommandé à d'autres instances:

1. L'adoption d'ordonnances collectives nouvelles et révisées soumises par le comité de la pratique professionnelle :
 - DSI-OC-01 : Administration d'acétaminophène;
 - DSI-OC-03 : Remplacement du cathéter sus-pubien;
 - DSI-OC-24 : Traitement de l'hypoglycémie chez un usager capable d'avaler;
 - DSI-OC-25 : Traitement de l'hypoglycémie grave;
 - DSI-OC-26 : Initier et assurer le suivi des résultats de laboratoire recommandés pour les usagers diabétiques de type II;
 - DSI-OC-30 : Initier la contraception orale d'urgence;
 - DSI-OC-31 : Initier et ajuster la fréquence des cathétérismes vésicaux;
 - DSI-OC-42 : Décider d'ouvrir une veine lors de situation d'urgence;
 - DSI-OC-46 : Effectuer l'irrigation de l'œil;
 - DSI-OC-55 : Héparinisation des cathéters veineux centraux sans valve;
 - DSI-OC-57 : Initier la contraception hormonale et du stérilet;
 - DSI-OC-64 : L'ajustement d'insuline lors du suivi conjoint des usagers diabétiques de type II;
 - DSI-OC-66 : Ajustement des antihyperglycémiants oraux (AHGO) lors du suivi conjoint des usagers diabétiques de type II;
 - DSI-OC-97 : Demander les analyses de laboratoire et l'ostéodensitométrie recommandées en lien avec le suivi d'une fracture de fragilisation;
 - DSI-OC-98 : Initier la thérapie médicamenteuse lors du suivi conjoint de la clientèle ayant une fracture de fragilisation;
 - DSI-OC-99 : Initier le dépistage prénatal de la trisomie 21;
 - DSI-OC-100 : Administrer l'immunoglobuline Rh (D) (WinRho) chez la femme Rh négatif enceinte;
 - DSI-OC-101 : Demander et effectuer une spirométrie à des fins de dépistage dans le cadre du programme MPOC.

2. L'adoption des protocoles médicaux soumis par le comité de la pratique professionnelle :
 - DSI-PTC-64 : L'ajustement d'insuline lors du suivi conjoint des usagers diabétiques de type II;
 - DSI-PTC-66 : Ajustement des antihyperglycémifiants oraux (AHGO) lors du suivi conjoint des usagers diabétiques de type II.
3. L'adoption d'ordonnances collectives nouvelles et révisées soumises par le comité des services multidisciplinaires:
 - DSM-OC-02 : Libération de l'assistance ventilatoire mécanique invasive.
4. L'adoption des protocoles médicaux soumis par le comité des services multidisciplinaires:
 - DSM-PTC-02 : Libération de l'assistance ventilatoire mécanique invasive;
 - DSM-PTC-08 : Ponction artérielle radiale.
5. L'adoption d'ordonnances collectives nouvelles et révisées par le comité de pharmacologie :
 - DSP-2011-31 : Prophylaxie de la thromboembolie veineuse chez les patients médicaux (révision);
 - DSP-2012-34 : Thrombolyse lors d'embolie pulmonaire massive (alteplase (Activase));
 - DSP-2014-43 : Gestion des échantillons de médicaments au CSSS du Sud-Ouest–Verdun;
 - Ordonnance collective : Hypothermie thérapeutique;
 - Ordonnance collective : Correction d'hypomagnésémie associée aux traitements de chimiothérapie par voie intraveineuse;
 - Ordonnance collective : Utilisation des antiémétiques;
 - Ordonnance collective sur le traitement de la pédiculose.
6. L'adoption des protocoles médicaux soumis par le comité de pharmacologie :
 - Protocole médical : Correction d'hypomagnésémie associée aux traitements de chimiothérapie par voie intraveineuse;
 - Protocole médical : Prévention et traitement des nausées et vomissements induits par la chimiothérapie chez l'adulte;
 - Protocole de délégation de la vérification contenant-contenu en pharmacie.
7. L'adoption de formulaires et d'une note d'intervention soumis par le comité de pharmacologie :
 - Formulaire : Cardiologie-Ordonnances initiales du médecin;
 - Formulaire de demande de transmission d'un profil pharmacologique à une pharmacie communautaire pour un établissement de santé;

- Mise à jour de la note d'intervention : Substitution de Benzodiazépine ou Zopiclone.
8. L'adoption d'une suggestion soumise par le comité de pharmacologie :
- Lettre suggestive pour la modification du supplément oral de vitamine B12.

COMITÉS DU CMDP

COMITÉ D'AMÉLIORATION DE L'EXERCICE MÉDICAL, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE

Au cours de l'année, les membres du comité central et les membres des sous-comités furent actifs.

Un bon nombre de services ont produit une étude par critères objectifs au cours de l'année. Certains services ont fait plus d'une étude, alors que d'autres n'en ont pas fait.

Des recommandations ont été transmises, notamment en ce qui a trait à l'organisation de réunions scientifiques, Lundi Midi, au sujet des investigations pertinentes, en particulier les investigations radiologiques, leurs avantages ainsi que les techniques.

Des communiqués à tous les médecins ont été envoyés, notamment dans le but de standardiser la définition du mot complication et des items classés sous cette nomenclature dans le tableau global des dossiers de léthalités.

Le défi pour l'année 2015-2016 sera de continuer les études par critères objectifs et de s'assurer de l'application des recommandations qui en découlent.

COMITÉ D'EXAMEN DES TITRES

Le comité d'examen des titres a étudié trente-neuf (39) demandes de nomination pour l'année 2014-2015 et trente-trois (33) recommandations ont été transmises au comité exécutif du CMDP.

D'autres recommandations ont été faites au comité exécutif, notamment au sujet des privilèges en échographie. Ces recommandations ont conduit le CMDP à nommer un expert local responsable de l'évaluation des compétences et des connaissances des médecins qui souhaitent obtenir des privilèges en échographie aux soins intensifs.

Le comité a continué de s'assurer que chaque médecin détenait un titre universitaire afin de se conformer aux directives universitaires, compte tenu de l'affiliation à l'Université de Montréal.

Sur recommandation du comité exécutif, le comité d'examen des titres a également veillé à ce que les lettres de recommandation des candidats comprennent le numéro de téléphone du signataire afin qu'il puisse être joint dans l'éventualité où de plus amples informations seraient requises.

COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

Le sous-comité et le comité de pharmacologie ont été fusionnés pour un comité central. Par conséquent, lors de la révision générale des règlements internes du CMDP, ceux se rapportant au comité de pharmacologie ont été changés afin de refléter et encadrer cette nouvelle réalité.

Le bilan comparatif des médicaments et le DDD (*defined daily dose*) étant des pratiques organisationnelles requises par Agrément Canada, le comité de pharmacologie a priorisé entre autres ces dossiers : l'implantation du système en gériatrie et pour le transfert des patients.

Dans le souci de minimiser les erreurs de la médication aux patients, le comité a diffusé une liste d'abréviations à privilégier ainsi qu'une liste des abréviations à proscrire, dans le cadre de la révision du règlement régissant l'émission et l'exécution des ordonnances.

Le comité de pharmacologie a recommandé au CMDP de produire un registre de signatures des médecins afin de faciliter le travail des pharmaciens et des autres intervenants.

COMITÉ D'ÉDUCATION MÉDICALE CONTINUE

L'agrément de la médecine familiale et de l'externat de l'Université de Montréal a été obtenu pour une période de six ans et deux nominations en découlent :

Le docteur Éric-Viet Laperrière-Nguyen a été nommé responsable de la collaboration internationale et le docteur Jean-François Thibert a été nommé directeur des pré-diplômés au département de médecine familiale, Université de Montréal.

Les réunions scientifiques, Lundi Midi, ont toujours le même succès et se produisent de façon assidue. Divers sujets y sont traités et rejoignent les intérêts des participants.

LE CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Le comité a tenu sept réunions régulières et une rencontre spéciale au cours de l'exercice 2014-2015.

Le comité s'est donné quatre principaux objectifs en début d'année, soit :

1. Faire la promotion de la mise sur pied d'un plus grand nombre de comités de pairs;
2. Poursuivre les démarches entreprises dans le dossier perfectionnement avec la Direction des ressources humaines et du développement organisationnel (DRHDO) et les syndicats APTS;
3. Cibler les secteurs moins connus du CSSS;
4. S'inscrire dans la priorité organisationnelle « Agrément 2015 ».

COMITÉ DE PAIRS

Les efforts déployés par le CM pour encourager et soutenir les comités de pairs ont porté fruit. En effet, un nombre record (6) de comités de pairs a été mis sur pied cette année. Chacun de ces comités nous a

fait part des résultats de leurs activités. Rappelons que le travail en comité de pairs a pour objectif d'améliorer la qualité de la pratique professionnelle des membres d'une même profession et ainsi maintenir ou améliorer la qualité des soins offerts à la population desservie.

PERFECTIONNEMENT ET BOURSE JEAN-PIERRE-AUBRY

Perfectionnement - Les démarches entreprises l'an dernier avec la DRHDO et le syndicat APTS afin que les budgets de formation continue soient utilisés de manière équitable et représentative pour l'ensemble de nos membres ont été bénéfiques.

Nos propositions ont été bien reçues et concrétisées dans l'élaboration du plan de formation 2015-2016. Nous remercions nos partenaires pour leur collaboration dans ce dossier.

Bourse Jean-Pierre-Aubry - Le comité composé de madame Josée Pirro et monsieur Mario Vaillancourt a été très actif cette année encore : ils savent respecter les valeurs du CM soient l'équité, la représentativité et la transparence.

Neuf (9) demandes ont été reçues et analysées cette année et elles ont toutes été retenues et attribuées pour un montant total de 3 000 \$.

Rappelons que ces bourses défraient l'inscription à des formations continues visant à aider nos membres à développer et à maintenir leurs compétences professionnelles.

CIBLER LES SECTEURS MOINS CONNUS DU CSSS

Afin de nous aider à atteindre cet objectif, les rencontres de l'exécutif du CM ont eu lieu à différentes installations (8) du CSSS.

Pour chaque rencontre, des représentants du CM se présentent à un endroit stratégique de l'installation avant la réunion (à l'heure du lunch) afin de rencontrer les membres et faire la promotion du CM.

Nous remercions particulièrement madame Marie-Josée Apothéloz, responsable de l'organisation de ces rencontres.

S'INSCRIRE DANS LA PRIORITÉ ORGANISATIONNELLE AGRÉMENT 2015

Afin d'atteindre cet objectif, le CM encourage ses membres à répondre aux questionnaires et aux sondages en lien avec l'agrément.

La présidente (ou la vice-présidente) participe aux rencontres en lien avec la mission Agrément au cours de l'année.

Un comité de pairs de nutritionnistes s'intitulant « L'importance de la nutrition dans la prévention et le traitement des plaies » s'inscrit dans l'une des pratiques organisationnelles requises (POR) par l'agrément soit : Prévention et traitement des plaies de pression et soins de la peau et des plaies.

COMMUNICATION AVEC LES MEMBRES

- **Multi-Truc**
Deux numéros du journal Le Multi-Truc ont été produits et distribués aux membres au cours de l'année (novembre et avril) pour les informer des activités proposées, des nouveautés et du travail des comités.
- **Babillards**
Une personne responsable par site a été identifiée pour afficher sur chacun des babillards réservés au CM les comptes rendus des réunions du comité exécutif, les numéros du Multi-Truc, et toutes les informations concernant les activités courantes du CM.
- **Boîte vocale et courriel**
La boîte vocale du CM (514 933-0207, poste 58817) et le courriel (cm.sov.sov @ssss.gouv.qc.ca) sont fonctionnels, et permettent à tous de communiquer des questions, commentaires et préoccupations en tout temps. Nous retournons les appels et donnons suite aux courriels régulièrement.
- **Intranet**
Madame Mélissa Fournier, agente administrative, dépose sur intranet toutes informations pertinentes et d'intérêt pour nos membres (avis, compte rendu, formulaires pour demandes de bourses, etc.).

CONSEILS ET COMITÉS

Le Conseil multidisciplinaire participe à différents comités sur une base régulière :

- Catherine P. Mulcair, au conseil d'administration du CSSS du Sud-Ouest–Verdun;
- Monique Bouchard, aux comités stratégiques Lean et aux rencontres Mission Agrément;
- Mario Vaillancourt, au comité de gestion de risque et de la qualité.
Le CECM s'est positionné afin d'assurer qu'un intervenant terrain demeure sur ce comité.

À la demande de la direction de la Qualité et de la Planification stratégique, le CM a commenté et proposé des modifications pour la procédure « Divulgence à un usager à la suite d'un accident ».

Madame Marie-Josée Apothéloz a participé au Colloque de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ) les 10 et 11 novembre derniers à Lévis.

Le thème du colloque cette année étant « Impact de l'optimisation sur notre pratique professionnelle », le sujet a été abordé sous plusieurs formes, soit :

- Le développement de nos pratiques professionnelles;
- Comment utiliser l'optimisation pour dynamiser le CM;
- L'optimisation dans la gestion de la santé et des services sociaux;

- Les impacts sur nos pratiques professionnelles.

Toutes les présentations sont sur le site de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ) dont nous sommes membres.

Dans le cadre du temple de la renommée du colloque, le CM a présenté une affiche avec quelques photos prises lors de la soirée reconnaissance de juin dernier. Cette affiche a été très appréciée par les gens présents. De plus, le CM a proposé trois projets dans les différentes catégories suivantes : « Rayonnement », « Innovation » et « Comité de pairs ».

PARTICIPATION AU MÉMOIRE DE L'ACMQ POUR LA COMMISSION PARLEMENTAIRE DE LA LOI 10

Suite au dépôt du projet de loi 10 par le ministre de la Santé et des Services sociaux, l'ACMQ a sollicité ses membres afin de participer à la rédaction d'un mémoire. L'exécutif du CM a donc émis ses recommandations face à la future composition des CM des établissements fusionnés. Bien que nous reconnaissons les avantages de diversifier les expertises au sein du CM, des inquiétudes ont été soulevées. Nous avons souligné notre souci de conserver notre expertise face aux défis particuliers du territoire du Sud-Ouest–Verdun, d'assurer une équité dans la représentation des différents milieux et de maintenir la présence d'un membre terrain du CM au CA. Finalement, le CECM s'est positionné en faveur de la présence d'une direction des Services multidisciplinaires distincte dans l'organigramme des nouveaux établissements. L'avis émis à l'ACMQ par le CECM est disponible sur intranet. Le mémoire de l'ACMQ a été déposé à l'Assemblée nationale dans le cadre de la commission parlementaire sur le projet de loi 10. Vous pouvez le consulter sur le site de l'ACMQ (www.a-cm-q.com).

REPRÉSENTATION DU CM À DIFFÉRENTES ACTIVITÉS PUBLIQUES DU CSSS

La directrice générale, madame Sonia Bélanger, invite les membres du CECM à être présents et à s'impliquer lors de différents événements officiels du CSSS tels que « La célébration des 10 ans du CSSS », le lancement du livre sur l'histoire de la santé du Sud-Ouest–Verdun, la conférence de presse sur l'agrandissement et la modernisation de l'Hôpital de Verdun où étaient présents le ministre de la Santé, monsieur Gaétan Barrette, et le ministre de l'Économie, monsieur Jacques Daoust, également député de Verdun.

ACTIVITÉS ANNUELLES

Soirée reconnaissance - En collaboration avec le Conseil des infirmières et des infirmiers (CII) et le Conseil des infirmières et des infirmiers auxiliaires (CIIA), le CM a tenu à célébrer le bon travail de ses membres. Cette soirée qui fut un grand succès a eu lieu le 4 juin 2014. La prochaine soirée reconnaissance aura lieu le 20 mai 2015.

Assemblée générale annuelle - Suite à l'adoption de la loi 10, le CECM a décidé de maintenir une assemblée afin de présenter à ses membres le bilan de ses activités. Cette rencontre aura lieu le 27 mai 2015.

LE CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Conformément à ses statuts et règlements, le comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII) et ses sous-comités se sont rencontrés à six reprises au cours de l'exercice 2014-2015. Ces rencontres ont permis aux membres du comité exécutif et des sous-comités de planifier et coordonner les activités offertes aux membres et d'exercer leur rôle consultatif auprès de différentes instances.

Comité exécutif (CE) et comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIA)

Le comité exécutif (CE) et le comité des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIA) se sont réunis à six reprises au cours de l'année. Ils ont entre autres, collaboré avec la Direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires (DSISM) en se prononçant sur l'élaboration ou la révision de 11 règles de soins infirmiers et 15 ordonnances collectives.

Comité d'appréciation de la qualité des actes infirmiers et le comité de maintien et promotion de la compétence

En collaboration avec les conseillères-cadres en soins infirmiers de la DSISM, ces deux comités ont joint leurs efforts pour produire deux publications «Clin d'œil» et offrir deux activités de formation continue accréditée à leurs membres. Les publications 2014-2015 du CECII ont porté principalement sur les pratiques organisationnelles requises par Agrément Canada et sur la pratique infirmière en centre d'hébergement. Quant aux formations offertes, elles ont rejoint plus de 160 infirmières et infirmières auxiliaires en abordant la gestion de la douleur et les soins auprès de la clientèle atteinte de broncho-pneumopathie obstructive chronique (BPOC).

Il est à noter que deux autres formations sont prévues à l'horaire après le 1er avril 2015. La première portera sur «Prévention piqûres d'aiguilles et autres» et la deuxième sur «Le diabète et sa pharmacologie». Aussi, le CIA tiendra une activité particulière pour ses membres ayant pour titre «Le deuil et les aînés» le 10 juin 2015. Ces activités, prévues au calendrier d'activités avec l'entrée en vigueur de la «Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales» sont maintenues avec l'accord de la directrice des soins infirmiers.

Le comité de la relève infirmière (CRI)

Le comité de la relève infirmière (CRI) est composé de six membres du CII cumulant moins de cinq années d'expérience ou moins de 30 ans d'âge, d'un membre représentant la Direction des soins infirmiers et d'un membre-liaison du CECII. Ces deux derniers membres n'ont pas le droit de vote et agissent à titre conseil au sein du comité.

Les communications sont, encore une fois cette année, un volet important des activités du CRI. Le maintien d'une image de marque dynamique (logo, gaminets, signature visuelle) et l'utilisation du réseau social Facebook pour les échanges avec les infirmières de la relève contribuent au rayonnement du CRI.

Au cours de l'année 2014-2015, le comité de la relève a procédé à deux sessions de recrutement, sans élection, pour pourvoir les postes disponibles. Aussi, suite à la bourse de 1 000 \$ obtenue au concours «La relève dans tous ses états» en janvier 2014 (Comité Jeunesse de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Montréal et Laval), les membres du CRI ont développé un calendrier de cinq activités de formation continue pour leurs «Jeux Intra-Muraux». Plus de 50 infirmières et infirmiers se sont présentés aux trois activités organisées entre septembre 2014 et avril 2015.

Enfin, les membres du comité ont de nouveau participé au concours «La relève dans tous ses états» en novembre 2014 où leur présence et leur dynamisme ont été remarqués par l'assemblée.

Comités auxquels participent les membres du CECII

Comité des pratiques professionnelles - La fonction de la représentante du CECII au comité des pratiques professionnelles en est une de vigile et doit comporter une forme de soutien pour ses membres. Lorsque la pratique infirmière est discutée, elle doit donc s'assurer que l'organisation actuelle des soins permet une revue des rôles, que les normes de pratique soient respectées et que les mesures de soutien à l'implantation d'une nouvelle pratique soient en place. Enfin, elle rapportera au CECII toutes les nouveautés touchant la pratique infirmière adoptées à ce comité. La représentante du CECII a participé aux trois rencontres du comité des pratiques professionnelles.

Comité de gestion des risques - Lors de ces rencontres, les membres se penchent sur les pratiques organisationnelles ayant pour but de prévenir l'apparition d'événement pouvant amener à des conséquences pour les usagers ou les employés. À partir de l'analyse d'événements sentinelles, le comité discute et propose des solutions et des recommandations réalistes aux acteurs concernés.

Par la suite, les points qui touchent directement les domaines d'intérêt du personnel infirmier peuvent être rapportés en comité exécutif tels que :

- L'appréciation générale de la qualité des actes infirmiers;
- Les règles de soins infirmiers;
- La distribution des soins infirmiers;
- L'évaluation et le maintien des compétences infirmiers.

Au cours de la dernière année, les membres de ce comité ont travaillé à la mise à jour de leurs statuts et règlements et ont réfléchi sur la composition optimale du comité. À cet effet, il a été décidé de privilégier des membres ayant une pratique clinique active et donc une plus grande proximité avec la clientèle. Cette proposition a été entérinée par le conseil d'administration.

Comité des pratiques cliniques «première ligne» - Le comité des pratiques cliniques de la mission «première ligne» a tenu cinq rencontres et regroupé des représentants de différents programmes (multiclientèles, soins à domicile, services courants, GMF et autres.). Ce comité, où siège une représentante du CECII, discute de thèmes liés à la santé publique, à la collaboration avec les partenaires en pharmacie, à la formation continue des employés et aux modes de diffusion efficaces pour rejoindre tout le personnel.

Comité stratégique Lean - La présidente du CECII a été conviée à participer à un comité stratégique Lean dont le rôle principal est de s'assurer d'une application harmonieuse de la méthodologie Lean à travers les différents milieux de soins. Ainsi, le CECII est représenté afin de faire le lien entre une pratique professionnelle de qualité et les changements de pratiques amenés par les différents projets Lean, tout en s'assurant que le premier respecte les critères de qualité des soins. Lors de la rencontre du 10 février 2015 à laquelle a participé la présidente du CECII, il a été question de «l'approche patient-partenaire» et d'un formulaire standardisé de présélection de ces patients au sein de notre établissement.

Activités organisées par les membres du CECII

5 à 7 Reconnaissance - Le CII et le CIIA ont organisé, en collaboration avec le CM, un 5 à 7 au restaurant Crescendo de Verdun le 4 juin 2014, pour souligner le travail de tous les professionnels.

Assemblée générale annuelle (AGA) - L'AGA du CII s'est déroulée, conformément aux statuts et règlements, le 23 avril 2014 au Centre d'hébergement de Saint-Henri. Quarante et un membres étaient présents pour la présentation du bilan annuel et pour participer à la formation accréditée portant sur la broncho-pneumopathie obstructive chronique (BPOC).

Cette AGA a aussi été l'occasion de présenter la nouvelle équipe du CECII aux membres suite aux élections tenues au début avril 2014 pour le poste de représentante des centres d'hébergement des Seigneurs et de Saint-Henri.

Communications

La page d'accueil sur Intranet est mise à jour régulièrement après chaque rencontre du comité exécutif. Elle est toujours disponible sans authentification afin de permettre la facilité d'accès aux membres des différents centres.

Voici les rubriques disponibles en consultation :

- La liste des membres du comité exécutif du CECII-CIIA;
- La description des mandats de chaque sous-comité du CECII;
- Les activités et formations données aux membres;
- Les publications « Clin d'œil »;
- Les procès verbaux après chaque rencontre de l'exécutif.

Une page Facebook a aussi été développée afin de faciliter la communication avec les membres du CII et du CIIA du territoire. Administrée par la présidente du CECII, cette page a recueilli, à ce jour, près de soixante mentions de suivi.

Recommandations au conseil d'administration

Cette année, aucune recommandation n'a été formulée au conseil d'administration de l'établissement.

LE COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Le Comité de vigilance et de la qualité s'est assuré, tout au long de l'année, de l'application des recommandations faites par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et par le Protecteur du citoyen, ainsi que du suivi des différents dossiers relevant de sa compétence.

En 2014-2015, le Comité s'est réuni à quatre (4) reprises et le taux de participation moyen aux rencontres était de 89 %.

Le Comité a reçu les rapports suivants transmis par le conseil d'administration :

- Rapport annuel du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- Rapport annuel du conseil des infirmières et infirmiers (CII);
- Rapport annuel du conseil multidisciplinaire (CM);
- Rapport annuel du comité de gestion des risques;
- Rapport annuel du comité de prévention et contrôle des infections (PCI);
- Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers de même que le respect de leurs droits;
- Bilan de la campagne de vaccination contre l'influenza 2013-2014;
- Rapport de visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie (février 2014), Centre d'hébergement de Saint-Henri;
- Rapport de visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie (décembre 2014), Centre d'hébergement des Seigneurs;
- Rapport de visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie (décembre 2014), Centre d'hébergement Yvon-Brunet.

Le comité s'est assuré d'être informé du suivi et de la progression des dossiers soumis, invitant les responsables à venir présenter un état de situation ou bien par le suivi assuré par la Direction de la qualité et de la planification stratégique par exemple. La commissaire aux plaintes et à la qualité des services a aussi présenté deux rapports ad hoc en cours d'année en plus de faire le suivi de ses dossiers (incluant ceux du Protecteur du citoyen) à chaque rencontre.

Une recommandation a été faite par le comité cette année. Le comité a recommandé au CA d'écrire au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens pour lui rappeler l'importance de se préoccuper de la pertinence des actes et de se pencher sur la question via, par exemple, le comité d'évaluation de l'acte.

Au cours de l'année, plusieurs dossiers ont été portés à l'attention du comité de vigilance et de la qualité. Voici un bref résumé des dossiers soumis et étudiés par le comité de vigilance et de la qualité.

- **Campagne de vaccination annuelle**

Le bilan de la campagne 2013-2014 a été présenté au comité qui se rejouit de la bonne couverture offerte en centre d'hébergement (84 %). Le faible taux de vaccination des employés du CSSS, même s'il est en progression de plus de 30% par rapport à l'année précédente, est en-dessous des attentes. La stratégie de la campagne de vaccination 2014-2015 a mis l'emphasis sur les résidences pour personnes âgées de notre territoire et les cinq stratégies du modèle du réseau canadien pour augmenter la couverture vaccinale, soit l'éducation, l'accessibilité, l'implication des leaders, la comptabilisation et la politique de vaccination des employés. L'importance des pharmacies communautaires et des autres partenaires dans la démarche a été soulignée et, parmi les moyens mis en place, on note la table régionale des pharmacies communautaires. Le rapport de la campagne n'a pu être étudié par le comité puisqu'il n'était pas disponible avant le 1er avril.

- **Le dossier patient partenaire**

Le comité a suivi de près ce dossier important qui place l'utilisateur au centre de nos préoccupations. Un projet de patient partenaire a été mené avec l'Université de Montréal à la clinique réseau intégrée de l'unité de médecine familiale (CRI-UMF) et des démarches ont été faites pour introduire cette approche dans les projets Lean. Le comité a considéré inclure un patient partenaire à ses réunions, mais c'est finalement dans les comités qualité en hébergement que des patients partenaires ont été intégrés. Le suivi de cette intégration est fait par le comité de suivi des orientations cliniques. Près de 15 personnes ont été recrutées pour participer à ce programme et les demandes sont nombreuses.

- **Hygiène des mains**

Le comité a pu constater une amélioration de 32 % de l'adhésion du personnel aux pratiques éprouvées d'hygiène des mains par rapport à l'année précédente. Le comité s'est interrogé sur le niveau des cibles provinciales qui semble plutôt bas, en particulier à la lumière de certaines performances vues dans d'autres juridictions. C'est un des dossiers qui devrait être suivi au cours de l'année prochaine.

- **Programme de gestion de la qualité**

Le comité s'est réjoui de l'adoption par le CA du nouveau Programme de gestion intégrée de la qualité, développé par la Direction de la qualité et de la planification stratégique et que le comité avait étudié et commenté.

- **Suivi des recommandations de l'Ordre des pharmaciens du Québec**

Ce dossier, qui est suivi depuis deux ans, a bien été pris en main par le nouveau chef de la pharmacie. Le CSSS recevait une lettre le 22 décembre 2014 qui nous informait que l'Ordre fermait le dossier d'inspection et soulignait l'excellent travail du chef de département de pharmacie et de son équipe.

- **Tableau de bord**

Le comité a accueilli avec plaisir le nouveau tableau de bord stratégique mis en œuvre au début de l'année et qui permet au CA de suivre les activités et la performance de l'organisation. Le comité a par ailleurs décidé d'utiliser ce même outil pour ses travaux, rendant ainsi inutile la préparation d'un tableau de bord particulier. Le comité a quand même soulevé certains questionnements relativement à des indicateurs précis. Une période d'appropriation autant par le comité que par l'établissement était nécessaire.

- **Gestion des risque – événements sentinelles**

Le comité a été informé à chacune de ses rencontres du suivi des dossiers d'événements sentinelles et de la sécurité des soins plus globalement (déclaration des incidents et accidents). Un tableau de suivi a été adopté. Le comité a discuté de la nouvelle version du formulaire national de déclaration (AH-223) et a émis un doute sur sa convivialité. La mise à jour de ce formulaire a aussi demandé à l'établissement des ajustements importants aux processus concernés.

- **Rapports de visite d'évaluation de la qualité du milieu de vie**

Concernant les visites en centres d'hébergement, le comité a été informé des rapports, des recommandations et des suivis faits par la direction programme hébergement.

- **Palmarès des urgences – Journal La Presse**

Le comité est revenu sur le palmarès des urgences du journal La Presse publié en mai 2014 profitant de la présence à l'une de ses réunions du chef de l'urgence. Le CSSS s'est mérité la cote C, inchangée du précédent palmarès. Notre CSSS se place bien comparativement aux autres urgences de Montréal, compte tenu des contraintes telles que l'augmentation de la clientèle et le budget. Le comité aimerait voir ces données mises en lien avec des données de performance (budgétaire) ou de satisfaction des usagers.

- **Dossier Ébola**

Le comité s'est assuré que l'établissement soit prêt à faire face à cette menace. La prise en charge d'un cas suspect au mois de décembre a permis au CSSS de tester sa préparation. Toute cette démarche a également permis de mettre à niveau la salle de décontamination de l'urgence.

- **Pertinence des actes médicaux**

Cette question a intéressé le comité durant toute l'année puisque cette préoccupation sera au cœur de l'avenir des systèmes de santé et qu'il faudra y faire face éventuellement. La pertinence est une composante essentielle de la qualité. Le lien avec le financement à l'activité est aussi évident. Sur la recommandation du comité, le CA a écrit au CMDP pour lui rappeler l'importance de se préoccuper de la pertinence des actes et de se pencher sur la question.

- **Projet de Loi no 10 : Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales**

Le comité a discuté du projet de Loi no 10 à deux reprises avant son adoption. Le comité a alors exprimé son inquiétude et discuté des implications pour le CSSS. En conclusion, suite à l'adoption du projet de Loi, le comité a exprimé son espoir de voir les habitudes de gestion de la qualité et de la sécurité développées au cours des années au CSSS SOV être perpétuées dans la nouvelle structure. Il a aussi espoir que certaines des démarches entreprises et suivies par le comité puissent aboutir dans le cadre de la réorganisation.

- **Projet de Loi no 20 : Loi édictant la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée**

Les membres du comité s'entendent pour reconnaître que l'accès à un médecin de famille est problématique et que des changements sont nécessaires. On rappelle la situation qui prévalait avant la RAMQ et la position enviable des médecins dans la société. On rappelle aussi l'importance de plusieurs facteurs, dont l'interdisciplinarité ou l'évaluation des différentes activités des médecins. Le comité a reçu le directeur des services professionnels qui a rédigé un document portant sur le sujet. Le comité s'est réjoui de la qualité de ce document et du fait qu'il ait été diffusé à plusieurs instances. Le comité aurait aimé que le document aille plus loin aux niveaux méthodologique et scientifique en sollicitant, par exemple, la contribution du département d'administration de la santé de l'Université de Montréal.

- **Résultats du sondage de satisfaction de la clientèle et du sondage sur la culture de sécurité – agrément**

Les résultats de ces deux sondages, menés dans le cadre de la démarche d'agrément, ont été présentés au comité. Globalement, les résultats sont très satisfaisants. Le comité souligne le très bon travail fait par la coordonnatrice d'agrément ainsi que par les autres membres de l'équipe de la direction de la qualité et de la planification stratégique dans ce dossier.

- **Rapport annuel des conseils professionnels**

Le comité a reçu les présidents des trois conseils professionnels qui sont venus présenter à tour de rôle le rapport annuel de leur instance. De façon générale, le comité rappelle qu'il serait intéressant que les rapports produits mettent l'emphase sur les problématiques identifiées dans le cadre de leurs activités plutôt que sur les activités elles-mêmes. Concernant la faible participation aux différentes assemblées générales annuelles (AGA), des suggestions ont été discutées pour corriger cette tendance. Les conseils pourraient par exemple proposer des sujets plus pratiques (p. ex. prévention des chutes), en limiter le nombre et les traiter plus en profondeur. Le comité suggère aussi aux présidents des conseils d'être plus vigilants dans la préparation des prochaines assemblées générales annuelles et de demander le soutien de la direction des communications et des relations publiques dans cette préparation.

ACTIVITÉS DU COMITÉ DES USAGERS ET DES COMITÉS DES RÉSIDENTS

COMITÉ DES USAGERS - Principales réalisations

- Assemblée générale annuelle;
- Kiosque de promotion des droits des usagers lors de la semaine des droits, du 26 septembre au 3 octobre 2014;
- Travail pour le bien-être des usagers et de leurs droits ainsi que pour le meilleur service possible;
- Activité de formation pour les membres. Ceux-ci ont suivi deux formations pour les préparer à faire des sondages de satisfaction au cours de la prochaine année.

COMITÉS DES RÉSIDENTS - Principales réalisations

- Collaboration aux soupers d'accueil des nouveaux résidents et leur famille. Ils se sont fait connaître et ont fait la promotion des droits;
- Amélioration de la visibilité des comités auprès des résidents et de leurs familles ainsi que de la qualité des services et des droits;
- Réalisation d'un bingo des droits en collaboration avec la commissaire aux plaintes;
- Séances d'information;
- Promotion des comités par la distribution de cartes et d'objets promotionnels;
- Impression et distribution d'un calendrier faisant la promotion des droits;
- Journée de reconnaissance des employés;
- Impression et distribution de calendriers aux résidents.

ACTIVITÉS DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Des six (6) rencontres prévues dans l'année, cinq (5) ont été réalisées et le taux de participation moyen a été de 68 %. À chacune de ces rencontres, le comité de gestion des risques a traité, de façon statutaire, des points suivants:

- les événements sentinelles (survenus lors de la prestation de soins et services);
- l'état du registre des accidents et incidents;
- les mesures d'urgence et de sécurité civile;
- la prévention des infections nosocomiales.

Au cours de l'année, le comité de gestion des risques a également étudié un nombre important de dossiers. Voici un bref résumé de ces dossiers :

- **Révision des règles de fonctionnement du comité**

Les règles de fonctionnement du comité ont été discutées, révisées et finalement adoptées par le conseil d'administration. Suivant cette révision, la nouvelle composition du CGR a été établie et diffusée aux membres au cours de l'année.

- **Utilisation du levier pour le déplacement des résidents**

L'analyse d'un événement sentinelle a amené les membres du comité à recommander la révision de la procédure d'utilisation du levier.

- **Chantier de la pharmacie**

Suite à l'apparition de moisissures sur le chantier de la pharmacie l'année précédente, la problématique de santé et sécurité pour les employés concernés a été portée à l'attention du comité. Suite aux travaux de décontamination du chantier, un plan d'action a été élaboré afin d'assurer des conditions de travail sécuritaires dans les laboratoires.

- **Campagne sur l'hygiène des mains**

Le service de prévention et contrôle des infections a organisé une campagne sur l'hygiène des mains destinée à l'ensemble du CSSS. Des outils ludiques ont été mis à contribution pour évaluer les connaissances du personnel et leur rappeler les quatre (4) moments principaux d'hygiène des mains. Cinq cents personnes ont visité les kiosques organisés à cet effet. Un audit de conformité à l'hygiène des mains a également été réalisé dans tous les centres d'hébergement. Les résultats ont été présentés au CGR et aux chefs et gestionnaires terrain.

- **Décentralisation de la saisie des formulaires AH-223 et utilisation du formulaire électronique**

Suite au déploiement de la version électronique du formulaire AH-223 en hébergement (Gesrisk), un projet pilote a été lancé pour établir la même démarche à l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI). Ce projet sert de précurseur au déploiement du formulaire électronique à l'hôpital.

- **Déploiement du nouveau formulaire de déclaration papier AH-223**

En parallèle au processus de déploiement de Gesrisk, des activités de formation ont été réalisées pour familiariser le personnel à la nouvelle version du formulaire de déclaration AH-223. Tel que prévu par le MSSS, le nouveau formulaire a été implanté dès le 1er avril 2014 et rendu disponible au magasin du CSSS.

- **Qualité des informations saisies dans les déclarations d'incidents et d'accidents**

Le comité a discuté de la qualité des informations saisies dans les déclarations d'événements, notamment via le formulaire électronique. À la suggestion des membres, des suivis plus réguliers sont effectués et des rappels sont envoyés de manière ponctuelle aux gestionnaires à cet effet.

- **Production d'un tableau de bord pour l'hébergement**

À la demande de la direction du programme hébergement, un tableau de bord est envoyé périodiquement aux responsables des services à la clientèle. Ce rapport, construit à partir d'indicateurs préalablement choisis (chutes, erreurs de médicaments et plaies de pression), a pour but de soutenir les gestionnaires dans le suivi des événements tout en leur fournissant des pistes d'amélioration.

- **Programme de gestion intégrée des risques**

Suite à l'adoption de la politique de gestion intégrée des risques par le conseil d'administration le 11 décembre 2014, une démarche a été déployée auprès des gestionnaires des directions administratives. Le registre des risques de l'établissement est le premier résultat de cette démarche. Il a été présenté au comité afin que ses membres puissent suivre l'évolution de la démarche et émettre leurs recommandations quant à la gestion des risques au sein de l'établissement.

- **Révision des politiques et procédures relatives à la prise en charge des événements**

Le cadre de prise en charge des événements sentinelles a été révisé et élargi. Ce nouveau cadre de référence prend maintenant en compte non seulement les événements sentinelles mais aussi tout type d'incident ou accident. Les membres du comité ont contribué à l'adoption des outils de référence récemment mis à jour à l'intention des gestionnaires :

- Politique de prise en charge des incidents, accidents et événements sentinelles;
- Procédure pour la prise en charge des événements et logigrammes par acteur;
- Procédure de déclaration;
- Règlement relatif à la divulgation des accidents;
- Procédure de divulgation.

Le règlement relatif à la divulgation des accidents a été adopté par le conseil d'administration le 18 mars 2015, et les autres documents ont été entérinés par le comité de direction, le 7 avril 2015.

- **Formation sur la divulgation**

Le comité a discuté favorablement de l'organisation d'une formation sur la divulgation par l'Association canadienne de protection médicale (ACPM). Cette formation, normalement offerte seulement aux médecins, sera aussi proposée à certains gestionnaires de l'établissement pour parfaire leur connaissance et améliorer la pratique de la divulgation en cas d'accident. Une demande a été faite au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) pour leur appui.

- **Pratiques organisationnelles requises**

Un rappel a été fait aux membres du comité concernant les pratiques organisationnelles requises dans le cadre de la préparation à la visite d'agrément prévue pour septembre 2015.

- **Résultats des outils d'évaluation d'Agrément Canada**

Les résultats des sondages effectués dans le cadre de la préparation à la visite d'agrément ont été présentés aux membres du comité. Les résultats obtenus pour le sondage sur la satisfaction de l'expérience client et pour le sondage canadien sur la sécurité des usagers ont amené le CGR à recommander la sensibilisation du personnel à une « culture juste » au sein de l'établissement.

- **Sécurité et accès à l'Hôpital**

Suite à l'analyse d'un événement sentinelle survenu en mars 2015, il a été porté à l'attention des membres du comité la problématique d'accès et de sécurité au site de l'Hôpital de Verdun. Une révision des voies et mécanismes d'accès est prévue, afin de réduire les accès non autorisés et de mieux veiller à la sécurité des lieux.

- **Mesures d'urgence et sécurité civile**

Dès son entrée en fonction en février 2015, M. Jean-François Trépanier a procédé à la révision des plans de formation en mesures d'urgence. Le cadre et les modalités de formation ont été réexaminés en profondeur, la révision et la mise à jour des protocoles en mesures d'urgence ont aussi été entreprises. La diffusion des nouveaux documents ainsi que le déploiement des formations sont prévus pour l'année 2015-2016.

REGISTRE LOCAL DES INCIDENTS ET DES ACCIDENTS

Comme prévu dans son mandat, le comité de gestion des risques doit s'assurer de la tenue d'un registre local des incidents et des accidents. Ce registre permet l'analyse des données recueillies par les déclarations d'événements indésirables à l'aide du formulaire AH-223.

Pour l'année 2014-2015, 6 955 rapports de déclaration d'incident ou d'accident ont été complétés dans les différents programmes et services du CSSS. La majorité de ces déclarations provenait des centres d'hébergement (74 %) et de l'hôpital (23 %).

Les figures et tableaux suivants présentent les principales données issues du registre pour l'année 2014-2015.

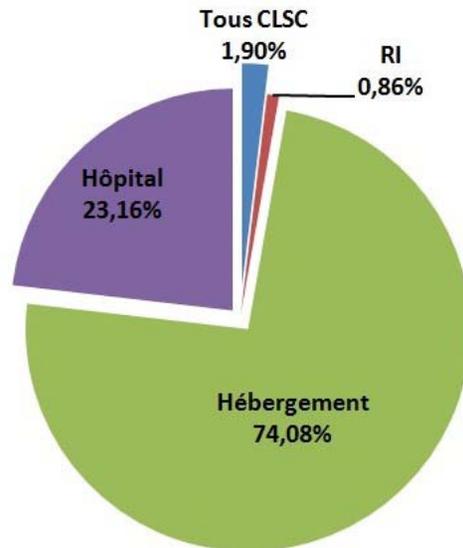


Figure 1. Déclarations par type d'installation

En hébergement, **561 incidents** (événements de gravité A et B) et **4 591 accidents** (événements de gravité C et plus) ont été déclarés. De ces événements, les plus fréquents ont été des chutes (**63 %**).

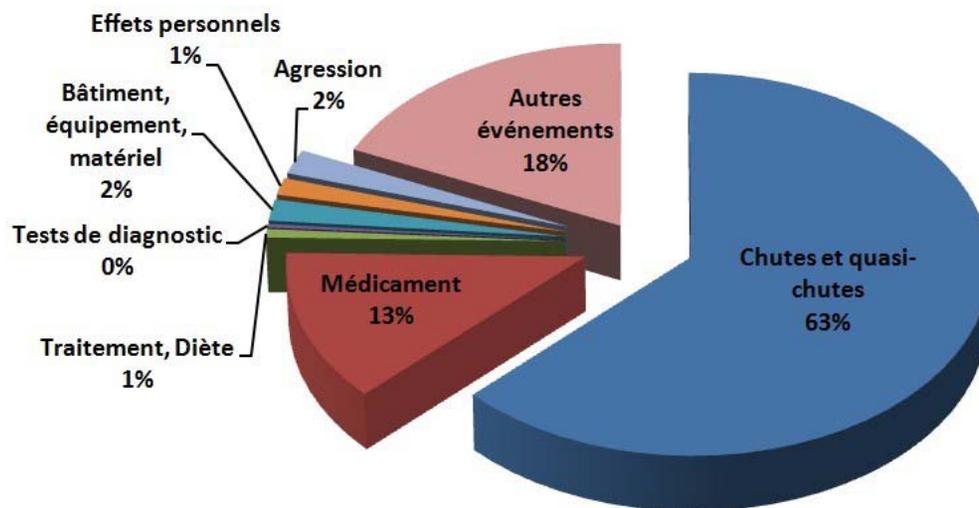


Figure 2. Déclarations par catégorie - Hébergement

Nombre de déclarations par type et statut en centre d'hébergement

Catégorie d'évènement	Gravité									Total
	A	B	C	D	E1	E2	F	G	I	
Chutes et quasi-chutes	63	132	1 909	701	336	52	27	7	1	3 228
Médicament	57	92	370	124	7	2				652
Traitement, Diète	4	5	18	8	1	1				37
Tests de diagnostic (Imagerie, laboratoire)		5	4	7						16
Bâtiment, équipement, matériel	30	14	40	8	2					94
Effets personnels	21	10	35	3	4	2				75
Agression	10	5	52	30	10	1				108
Autres événements	55	58	268	207	314	32	6	1	1	942
Total	240	321	2 696	1 088	674	90	33	8	2	5 152

À l'hôpital, **113 incidents** (événements de gravité A et B) et **1 498 accidents** (événements de gravité C et plus) ont été déclarés. Environ le tiers des événements concerne des erreurs de médicaments (**29 %**), mais les chutes demeurent les événements les plus déclarés (**41 %**).

Nombre de déclarations par catégorie d'évènement et cote de gravité à l'hôpital

Catégorie d'évènement	Gravité									Total
	A	B	C	D	E1	E2	F	G	I	
Chutes et quasi-chutes		1	342	174	134	10	5			666
Médicament	5	19	243	179	15	11	1			473
Traitement, Diète	2	2	50	45	7	12				118
Tests de diagnostic (Imagerie, laboratoire)		3	19	19	3	4				48
Bâtiment, équipement, matériel, RDM	5	13	29	11	1	1				60
Effets personnels	1	1	19	2	2	5				30
Agression			3	2	1					6
Autres évènements	15	46	58	28	55	8				210
Total	28	85	763	460	218	51	6			1 611

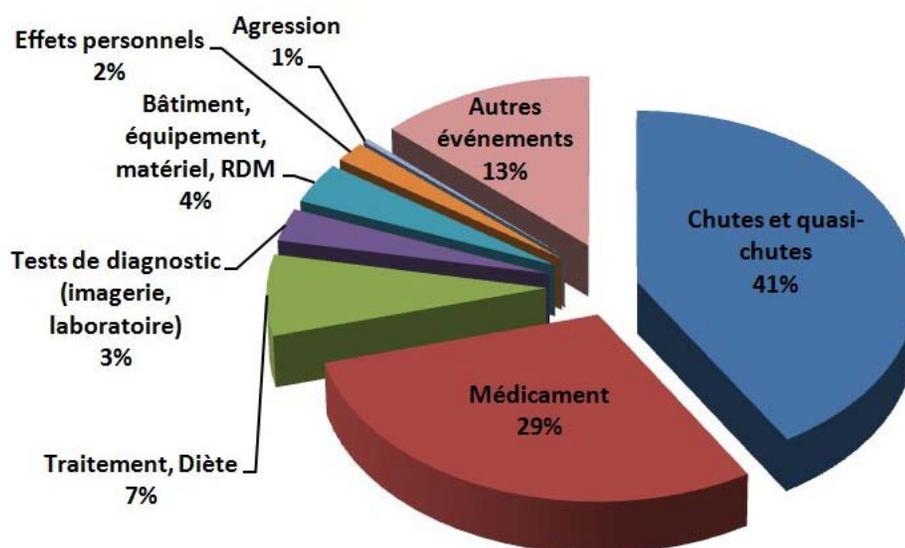


Figure 3. Déclarations par catégorie - Hôpital

PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

Les activités du comité de prévention des infections se sont inscrites sous les thèmes de la surveillance des bactéries multirésistantes (diarrhée à *Clostridium difficile* (DACD), Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV), *Staphylocoque aureus* résistant à la méticilline (SARM)), de la participation aux systèmes de surveillance provinciales des infections nosocomiales SPIN, de la vigie à l'égard de problèmes infectieux émergents, de la gestion des éclosions, de l'élaboration de documents de référence (procédures, politiques) et de la désinfection de l'environnement.

La surveillance des bactéries multirésistantes et de la bactérie *Clostridium difficile* permet d'observer la répartition des nouveaux cas tout au long de l'année et de renforcer ou d'instaurer certaines mesures préventives et de contrôle auprès des équipes soignantes. Voici l'incidence des nouveaux cas (colonisations/infections) pour l'année 2014-2015.

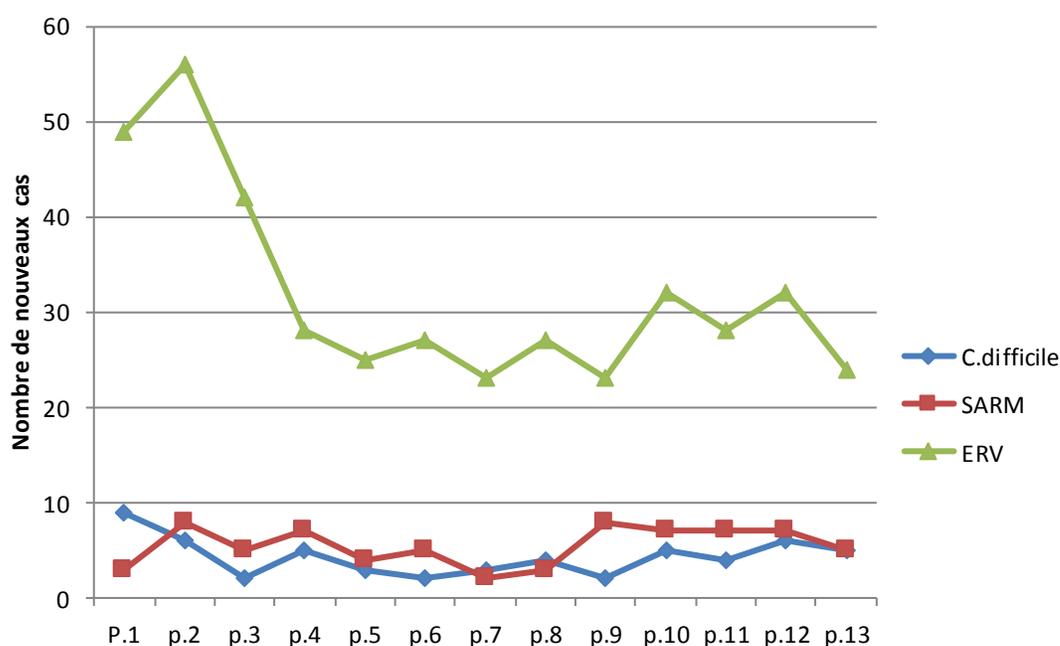


Figure 4. Incidence des cas d'origine nosocomiale 2014-2015

L'équipe de prévention des infections poursuit son travail en ce qui a trait à l'hygiène des mains. Tous les usagers admis en courte durée reçoivent un enseignement à cet effet. L'hygiène des mains de tous les usagers est effectuée avant les repas sur toutes les unités de soins. L'équipe de prévention des infections procède également à des audits de conformité à l'hygiène des mains aux deux mois sur les unités de soins de courte durée incluant l'urgence et les soins intensifs. Un audit de conformité à l'hygiène des mains a également été réalisé dans tous les centres d'hébergement. Les résultats des audits sont transmis aux chefs d'unité de soins et affichés sur leur unité respective. Les résultats sont également présentés lors des comités de prévention des infections et lors des rencontres des comités de gestion de site ou de rencontres d'équipe en milieu hébergement.

L'Hôpital est maintenant reconnu comme un milieu de soins conforme au processus d'élimination des zones grises, l'équipe de la salubrité ayant réalisé la dernière étape qui consiste en des audits de qualité sur les désinfections effectuées au quotidien et au départ des usagers.

L'équipe de prévention des infections a réalisé un travail immense à l'automne dernier en ce qui a trait à la surveillance du virus Ébola. Un questionnaire a été élaboré pour le système informatique du triage afin de permettre d'identifier tout cas suspect pouvant s'y présenter. Des questions cibles sont également adressées à la population dans toutes les cliniques ambulatoires de l'hôpital, les CLSC ainsi que les centres d'hébergement afin d'identifier rapidement tout cas suspect relié à ce virus. L'équipe de prévention des infections a procédé à la formation de 200 membres du personnel dispensant des soins ou des services à l'urgence (infirmières, médecins, préposés de la salubrité, etc.). Des ateliers ont été mis sur pied sur le port et le retrait sécuritaire des équipements de protection individuelle pour le même personnel travaillant à l'urgence. Plusieurs outils ont été développés afin de soutenir les pratiques de soins tels que des affiches, des vidéos, des aide-mémoires ainsi qu'une procédure sur les mesures préventives associées.

L'équipe de prévention des infections a également été interpellée à contrôler plusieurs éclosions d'Influenza et de gastro-entérite dans tous les installations du CSSS. La saison a été très difficile sur le plan régional à ce sujet, le vaccin contre l'influenza n'étant pas efficace contre la souche circulante d'Influenza A H3N2, plusieurs éclosions ont été déclarées par l'ensemble des milieux de soins de la région auprès de la direction de la santé publique. L'équipe de prévention des infections a assuré une présence et a soutenu les équipes soignantes tout au long des éclosions et ce, au quotidien incluant les fins de semaine.

MESURES DE PRÉVENTION DE LA RÉCURRENCE

Le tableau suivant résume les actions ou les démarches effectuées ou recommandées par le comité dans les dossiers qui ont été portés à son attention. Ces dossiers concernent autant la sécurité des soins et des services que les mesures d'urgence et la sécurité civile.

Objet	Mesures et recommandations
Dégât d'eau au Centre d'hébergement du Manoir-de-Verdun	Vérifier l'accès aux panneaux électriques.
Transfert lors de soins extérieurs	S'assurer de la diffusion (sur Intranet) de la procédure de déplacement des usagers intersites et inter établissements.
Codes jaunes au Centre d'hébergement Louis-Riel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibiliser le personnel à la procédure sur les codes jaunes; 2. Diffuser la procédure sur Intranet.
Codes rouges	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibiliser le personnel à distinguer les alarmes d'intrusion et d'incendie; 2. Veiller à éviter l'encombrement des sorties de secours prévues.

Objet	Mesures et recommandations
Panne électrique au CLSC de Ville-Émard–Côte-Saint-Paul	Mettre à jour la procédure à suivre en cas de panne électrique.
Tentative de vol à main armée au Centre d’hébergement de Saint-Henri	Élaborer une politique et une procédure d’intervention en présence d’une arme à feu.
Blessure d’origine inconnue en hébergement	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rappeler à tout le personnel de soins l’utilisation adéquate du levier; 2. Réévaluer la procédure d’utilisation; 3. Réviser le processus de divulgation.
Arrêt cardiorespiratoire à l’Hôpital de Verdun	<ol style="list-style-type: none"> 1. Réviser la pratique infirmière concernant les pratiques d’aspiration; 2. Déterminer les champs de responsabilités entre infirmières et inhalothérapeutes; 3. Vérifier dans les plans de soins les indications relatives au nettoyage et à l’utilisation de la ventilation.
Qualité des informations saisies dans les déclarations d’incidents et d’accidents	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rappeler au personnel et aux gestionnaires la procédure de déclaration, en mettant l’emphase sur les délais à respecter; 2. Présenter, via les tableaux de bord périodiques envoyés aux gestionnaires, les données de déclarations par unité et installation.

PERSPECTIVES POUR LA PROCHAINE ANNÉE FINANCIÈRE

Au cours de l’année qui vient, le CGR poursuivra sa mission qui est de contribuer à la sécurité des usagers. Pour ce faire, afin d’optimiser ses chances de succès, le Comité s’efforcera de recentrer ses activités sur les objets de son mandat tels que définis par la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les nouvelles règles de fonctionnement du CGR récemment adoptées par le conseil d’administration serviront de cadre pour la conduite des activités prévues pour l’année 2015-2016.

Pour 2015-2016, le CGR se donne les objectifs suivants:

- Volet stratégique
 - Décentralisation complète de la saisie des rapports d’incidents et d’accidents via le déploiement du formulaire électronique Gesrisk à l’Hôpital de Verdun;
 - Sensibilisation des équipes de première ligne à l’importance de la déclaration;
 - Diffusion des nouvelles politiques et procédures relatives à la prise en charge des événements;
 - Sensibilisation et formation des gestionnaires quant à l’utilisation des outils de référence pour la prise en charge de tout type d’événement;

- Développement des compétences des gestionnaires en matière de sécurité et de gestion des risques;
- Élaboration d'outils statistiques de type tableau de bord pour analyser les données issues des déclarations d'incidents et d'accidents;
- Formation des gestionnaires à l'utilisation de Gesrisk pour exploiter les données des déclarations;
- Suivi de la démarche de gestion intégrée des risques auprès des directions programmes cliniques, ainsi que la mise à jour du registre des risques de l'établissement;
- Formation des membres du CGR quant à leur rôle au sein du Comité.
- Volet opérationnel
 - Suivi de la mise en œuvre du nouveau programme de prévention des chutes;
 - Suivi des autres programmes pour la sécurité du patient, par exemple : prévention des plaies, prévention du suicide;
 - Mise à jour des plans particuliers d'intervention en mesures d'urgence.

CONCLUSION

Ce rapport a pour but de dresser un bilan des activités du CGR pour l'année qui se termine et de donner une idée de ses orientations pour l'année qui débute. Comme toujours, le Comité a voulu que ses travaux soient en lien avec le terrain et les préoccupations quotidiennes des employés et des usagers. Évidemment, la sécurité des usagers demeure l'essence de son mandat et doit toujours être au cœur de ses réflexions. La contribution de tous les membres du CGR, ainsi que de plusieurs autres personnes ayant participé à ses activités, doit être soulignée. Le Comité tient à remercier toutes ces personnes.

Le réseau de la santé vivant en ce moment une profonde restructuration, le risque de s'éloigner de la mission première est omniprésent. Il devient primordial pour le CGR d'affermir sa volonté à œuvrer pour la sécurité de l'usager. La révision de ses règles de fonctionnement constitue d'ailleurs une étape clé, étape qui permettra au Comité de solidifier son rôle de vigie au sein de l'établissement. L'adoption par résolution du conseil d'administration de ces nouvelles règles témoigne de l'engagement de l'établissement à soutenir le Comité dans ses activités. Pour le CGR, un défi majeur demeure toutefois : continuer à promouvoir l'amélioration de la qualité des soins et services.

LE COMITÉ DE SUIVI STRATÉGIQUE DES ORIENTATIONS CLINIQUES

Le Comité de suivi stratégique des orientations cliniques s'est assuré, tout au long de l'année, de l'application des recommandations faites par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services et par le Protecteur du citoyen, ainsi que du suivi des différents dossiers relevant de sa compétence.

En 2014-2015, le comité s'est réuni à quatre (4) reprises et le taux de participation moyen aux rencontres était de 89 %.

Le comité a tenu cinq (5) réunions au cours de l'exercice 2014-2015.

MANDAT DU COMITÉ

Le comité de suivi stratégique des orientations cliniques a pour mandat :

1. de rendre compte aux membres du conseil d'administration des travaux réalisés et des résultats obtenus eu égard le suivi stratégique des orientations cliniques;
2. de faire des recommandations au conseil d'administration concernant la mise en place de nouvelles orientations cliniques permettant de mieux desservir la population du territoire dans une perspective d'améliorer la santé et le bien-être.

Les travaux du comité prennent appui sur le document du plan stratégique ainsi que sur différents projets cliniques, sur la synthèse de ces projets préparée pour le conseil d'administration et sur le tableau de bord du CSSS-SOV.

MANDATS SPÉCIFIQUES

Cette année, le comité a poursuivi la mise en place du projet CSSS Ami des aînés.

FAITS SAILLANTS (ACTIVITÉS RÉALISÉES ET CELLES EN COURS DE RÉALISATION, LISTE DES DOSSIERS DONT A ÉTÉ SAISI LE COMITÉ)

Afin de structurer les réunions du comité de suivi stratégique des orientations cliniques, les membres ont décidé de se pencher plus particulièrement sur deux orientations, à savoir :

- l'orientation 3 : Accroître les actions sur les déterminants de la santé et du bien-être de la population;

et

- l'orientation 4 : Donner accès à des services de qualité, offerts en continuité (continuums) en respectant les niveaux de soins et en maximisant le départage 1^{re} ligne, 2^e ligne (hiérarchisation), selon les besoins des patients.

Ainsi, l'ordre du jour du comité de suivi stratégique des orientations cliniques sera conçu afin de suivre l'évolution des travaux réalisés sur ces orientations au sein du CSSS.

ORIENTATION 3 : ACCROÎTRE LES ACTIONS SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DE LA POPULATION

Différentes présentations ont été faites durant cette année, notamment :

- Bilan du plan d'action de santé publique (PAL);
- Portrait sociodémographique et socioéconomique de la population du CSSS du Sud-Ouest–Verdun;
- Rapport produit par la Direction de santé publique de Montréal « Montréal sans tabac pour une génération de non-fumeurs ».

Puis, messieurs Michel Primeau et Dave Blondeau, de l'organisme TRAC (Travail de rue/Action communautaire), sont venus présenter le projet conjoint TRAC/CSSS-SOV dont l'objectif est de proposer un rapprochement de l'organisme communautaire TRAC dans les murs du CLSC de Verdun dans le but de mettre en commun des ressources humaines provenant de différents secteurs pour donner, dans un même lieu facile d'accès pour les personnes vulnérables, des services à bas seuil dans les domaines de la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

ORIENTATION 4 : DONNER ACCÈS À DES SERVICES DE QUALITÉ, OFFERTS EN CONTINUITÉ EN RESPECTANT LES NIVEAUX DE SOINS ET EN MAXIMISANT LE DÉPARTAGE 1^{RE} LIGNE, 2^E LIGNE, SELON LES BESOINS DES PATIENTS

Présentations réalisées :

- Centre de répartition des demandes de services (services spécialisés).

Le 10 juin 2014, le CSSS-SOV se voyait confirmer le mandat de mettre en place un guichet centralisé pour la gestion des demandes de services en spécialités médicales, et ce, pour l'ensemble de l'Ouest de Montréal;
- Résultats d'évaluation du Réseau de services intégrés personnes âgées (RSIPA) et du plan d'amélioration afin d'informer les membres du comité de l'avancée des travaux et des résultats obtenus.

CSSS AMI DES AÎNÉS

Rédaction et mise en place du plan d'action permettant de mieux comprendre les prochaines étapes de ce projet. Le cadre de référence est également en production.

Un sous-comité de travail a été créé afin d'élaborer une procédure de repérage de la clientèle aînée vulnérable.

RECOMMANDATIONS DU COMITÉ DE SUIVI STRATÉGIQUE DES ORIENTATIONS CLINIQUES (RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES, RAPPORTS ET RECOMMANDATIONS TRANSMIS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION)

Une résolution a été proposée au conseil d'administration du 18 mars 2015 afin d'approuver le projet de centre de réduction des méfaits de l'organisme Travail de rue/Action communautaire (TRAC) et du CSSS du Sud-Ouest–Verdun.

10

LES RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

Les ressources humaines de l'établissement

	2014-2015	2013-2014
Effectifs de l'établissement		
<u>Les cadres</u> : (en date du 31 mars 2015)		
• Temps complet..... (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	133	146
• Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	12.2	12
• Nombre de gestionnaires en stabilité d'emploi.....	0	0
<u>Les employés réguliers</u> : (en date du 31 mars 2015)		
• Temps complet..... (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	1883	1738
• Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	582.5	586
• Nombre d'employés en sécurité d'emploi.....	0	0
<u>Les occasionnels</u> :		
• Nombres d'heures rémunérées au cours de l'exercice....	1 405 455.40	1 809 038
• Équivalents temps complet (b)	770	981

- (a)** L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :
 Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail ;
 Divisé par : nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi
- (b)** L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :
 Nombre d'heures rémunérées ;
 Divisé par : 1826 heures

En janvier dernier, le Ministère a transmis aux établissements le niveau mensuel des heures rémunérées à respecter à partir du 1er janvier 2015.

Analyse du contrôle des effectifs

Heures rémunérées

Janvier à mars 2014	Janvier à mars 2015	Variation
1 598 719	1 648 111	3,1 %

11

ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS

Les états financiers du CSSS du Sud-Ouest—Verdun 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 CSSS du Sud-Ouest—Verdun 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 2014-2015 ont été audités par la firme Raymond Chabot Grant Thornton dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Raymond Chabot Grant Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

La présidente-directrice générale
CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal



Sonia Bélanger

Le directeur des Ressources financières
CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal



Christian Parent

Le défi de la direction des Ressources financières cette année a été d'établir, en collaboration avec toutes les directions, un budget équilibré incluant une cible de compression de 4 416 000 \$.

Finances

La direction des Ressources financières dessert les autres directions par l'intermédiaire de trois (3) agents de gestion financière qui les supportent dans le suivi budgétaire, dans la reddition de comptes à l'Agence, dans la formation des gestionnaires et au montage financier de différents dossiers tels que :

- Optilab
- Achat de pompes volumétriques
- Numérisation
- Ouverture 35 lits contre durée (Hôpital)
- PDI
- Suivi financier du projet LEAN
- Ouverture de la nouvelle RI
- Projet de loi 10 et ses analyses diverses
- Surcapacité de 10 lits (hébergement)
- Projet Plan de travail PAB (hébergement)
- Rehaussement des lits (hébergement)

De plus, les guides suivants ont été révisés :

- Analyse financière
- Production des états financiers
- Production du rapport budgétaire 446
- Suivi budgétaire en cours d'année
- Suivi des revenus

Comptabilité

En cours d'année, le service de comptabilité a adressé 4 procédures :

- Facturation des soins de longue durée pour les patients en attente d'hébergement à l'Hôpital
- Facturation des soins longue durée pour les patients en attente d'hébergement à l'URFI
- Facturation des services ambulatoires (avec la mention d'un dépôt initial)
- Facturation des services opératoires et chirurgies esthétiques (avec mention du versement exigé 48 heures avant l'intervention)

Approvisionnement

Pour se conformer à la Loi sur les contrats des organismes publics (L.R.Q., c. C-65.1), la direction des Ressources financières a révisé sa politique d'approvisionnement et d'octroi de contrat.

- Sensibilisation des gestionnaires sur les nouvelles règles d'approvisionnement par le Conseil du trésor
- Formation des acheteurs

En collaboration avec les autres directions, le service d'approvisionnement a participé activement aux différents dossiers, tel que :

- Diminution des coûts d'achat de cartouches d'encre de 23 % (achat de cartouche recyclé)
- Centralisation et réaménagement avec chariot haute densité des réserves du bloc opératoire
- Harmonisation de plus de 200 produits en hébergement (toujours en cours)
- Projet LEAN – Gestion des inventaires phase 1
- Intégration des sacs standards pour le soutien à domicile
- Harmonisation des types de gants utilisés, économie annuelle de 29 500 \$
- Développement des stratégies d'acquisition dans l'entente des médicaments (ajout, remplacement, substitut, générique) 6 % d'économie en 2014-2015

Performance

Étant donné les compressions budgétaires d'une année à l'autre, la performance a été au cœur des préoccupations. Avec l'acquisition de l'application MED GPS, nous serons à même de valider la saisie de l'information et de remettre en question la justesse des statistiques. Plus de 50 utilisateurs ont été formés.

Le nouveau tableau de bord est en production depuis septembre 2014. Les travaux ont débuté pour développer et automatiser un tableau de bord dynamique pour le comité de direction. La compilation des données est, de plus, informatisée à 75 %.

La direction a supporté les différents programmes par l'intermédiaire du comité qualité de l'information pour s'assurer d'une bonne divulgation des données cliniques dans les différents rapports et reddition de compte.

Le rapport détaillé des états financiers ainsi que l'état du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant pour l'exercice se terminant le 31 mars 2015 se trouvent à l'annexe 1 (page 183).

1. RÉSULTATS FINANCIERS AU 31 MARS 2015

	31 mars 2015	31 mars 2014
Activités principales		
• Revenus	265 622 516 \$	261 437 279 \$
• Charges	266 745 884 \$	261 417 871 \$
Excédent des revenus sur les charges des activités principales	(1 123 368) \$	19 408 \$
Activités accessoires		
• Revenus	2 990 070 \$	3 178 847 \$
• Charges	2 980 030 \$	3 169 340 \$
Excédent des revenus sur les charges des activités accessoires	10 040 \$	9 507 \$
Excédent des revenus sur les charges	(1 113 328) \$	28 915 \$

2. ÉVOLUTION DU SOLDE DE FONDS

Solde de fonds au début (1er avril 2014)	(597 507) \$
Excédent des revenus sur les charges des activités accessoires et principales	(1 113 328) \$
Solde de fonds au 31 mars 2015	(1 710 385) \$

Contrats de services

Le tableau ci-dessous fait état des contrats de services, comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1er janvier 2015 et le 31 mars 2015

	Nombre	Valeur
Contrat de service avec une personne physique	0	0 \$
Contrat de service avec un contractant autre qu'une personne physique	5	445 203 \$
Total	5	445 203 \$

12

**CODE DE
DÉONTOLOGIE
DES ADMINISTRATEURS**

Au cours de l'année du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015, aucun manquement n'a été constaté de la part des administrateurs et aucune personne n'a été révoquée ou suspendue au cours de la même période. Le code d'éthique et de déontologie est disponible sur demande à la Direction générale.

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DU CSSS DU SUD-OUEST-VERDUN

Règlement adopté le 30 août 2004 - Résolution n° 2004-08-30-14

Règlement révisé le 16 mars 2011 – Résolution n° 2011-03-16-02

Règlement révisé le 13 mars 2013 – Résolution no 2013-03-13-11

Préambule

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Cette administration doit reposer sur un lien de confiance entre le CSSS du Sud-Ouest-Verdun et la population. Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie demeure une préoccupation constante du conseil d'administration du CSSS du Sud-Ouest-Verdun pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics.

Compte tenu de leur rôle de mandataires, la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* édicte l'obligation, pour les membres des Conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux, de se doter d'un Code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable (L.R.Q., chapitre M-30, article 3.04, paragraphe 5). Ces dispositions s'ajoutent à celles prévues à la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* (L.R.Q., c. S-4.2), désignée ci-après LSSSS.

Ainsi, l'article 174 de la LSSSS, corollaire de l'article 322 du Code civil du Québec (L.R.Q., c. C-1991), stipule que :

Les membres du Conseil d'administration doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'Établissement ou, selon le cas, de l'ensemble des Établissements qu'ils administrent et de la population desservie.

Le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CSSS du Sud-Ouest–Verdun s'inscrit dans le cadre de la mission de l'Établissement, à savoir notamment, de dispenser des services de santé et des services sociaux de qualité, efficaces et efficaces, selon les besoins de la clientèle desservie, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose. De plus, le conseil d'administration du CSSS du Sud-Ouest–Verdun met l'accent sur une reddition de comptes transparente, tant auprès des différents paliers de gouvernance qu'auprès de la population.

En outre, le CSSS du Sud-Ouest–Verdun est guidé par sa vision ainsi que ses valeurs qui sont, notamment, le respect des droits des usagers, l'équité dans son offre de services, une accessibilité et une continuité des soins et des services, une vigilance quant à la qualité des soins et des services.

Ces valeurs et cette vision sont énoncées dans le plan stratégique pluriannuel et le plan d'organisation du CSSS du Sud-Ouest–Verdun. Également, le CSSS du Sud-Ouest–Verdun se soucie d'être un partenaire de premier plan dans la gestion et l'amélioration du système de santé et de services sociaux.

Article I – Dispositions générales

1.1 Préambule

Le préambule et les annexes font partie intégrante du présent Code.

1.2 Objectifs généraux et champ d'application

Le présent Code a pour objectifs de préserver et de renforcer le lien de confiance de la population dans l'intégrité et l'impartialité des membres du Conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest–Verdun, de favoriser la transparence au sein de ce dernier et de responsabiliser ses administrateurs en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur. Par contre, ce Code ne vise pas à remplacer les lois et les règlements en vigueur, ni à établir une liste exhaustive des normes à respecter et des comportements attendus des membres du Conseil d'administration de l'Établissement. En effet, ce Code :

- 1° traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- 2° traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;

- 3° régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des administrateurs;
- 4° traite des devoirs et obligations des administrateurs même après qu'ils ont cessé d'exercer leurs fonctions;
- 5° prévoit des mécanismes d'application du Code dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Le présent Code s'applique à tout administrateur du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest–Verdun. Tout administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code ainsi que par la loi. En cas de divergence, les règles les plus exigeantes s'appliquent.

1.3 Fondement

Le présent Code repose notamment sur les dispositions suivantes :

- Articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*, L.R.Q., c. C-1991;
- Articles 100, 129, 131, 132.3, 154, 155, 172, 172.1, 174, 181, 181.0.0.1, 197, 198, 199, 200, 201, 235 et 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2;
- Articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*, L.R.Q., c. M-30.

Article II – Définitions et interprétation

À moins d'une disposition expresse au contraire ou à moins que le contexte ne le veuille autrement dans le présent Code, les termes suivants signifient :

- a) **Administrateur désigne un membre du conseil d'administration du CSSS, qu'il soit élu, nommé, désigné ou coopté;**
- b) **Code** : le code d'éthique et de déontologie des membres du Conseil d'administration du CSSS élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le Conseil d'administration;
- c) **Comité de discipline** : le comité de discipline institué par le Conseil d'administration pour traiter une situation de manquement ou d'omission dont il a été saisi;

- d) Comité de gouvernance et d'éthique** : le comité de gouvernance et d'éthique du CSSS ayant pour fonctions notamment d'assurer l'application et le respect du présent Code ainsi que sa révision, au besoin;
- e) Conflit d'intérêts** : désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir;
- f) Conjoint** : une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la Loi d'interprétation, L.R.Q., c. I-16;
- g) Conseil d'administration** : désigne le Conseil d'administration du CSSS du Sud-Ouest-Verdun;
- h) Déontologie** désigne les valeurs et normes partagées cristallisées (code déontologique) qui viennent régir les pratiques professionnelles acceptables d'une profession donnée;
- i) Éthique** désigne les valeurs et normes partagées, mais non cristallisées qui viennent régir les pratiques et les comportements acceptables dans toutes les dimensions de la société (économie, santé, éducation, environnement, etc.). L'éthique d'une organisation comme le CSSS désigne les valeurs et normes vécues par l'organisation afin qu'elle reflète les valeurs et les normes socialement acceptées. Il s'agit d'un cadre pour la prise de décision et le leadership;
- j) Entreprise ou organisme** 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, financier philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités du CSSS;
- k) Établissement ou CSSS** désigne le CSSS du Sud-Ouest-Verdun constitué des installations suivantes :
- Centre administratif – 6161, rue Laurendeau ;
 - CLSC de Saint-Henri, 3833, rue Notre-Dame Ouest ;
 - CLSC de Ville-Émard-Côte-Saint-Paul – 6161, rue Laurendeau ;
 - CLSC de Verdun, 400, rue de l'Église ;
 - Hôpital de Verdun, 4000, boul. LaSalle ;
 - Centre d'hébergement Champlain, 1325, rue Crawford ;
 - Centre d'hébergement de Saint-Henri, 5205, rue Notre-Dame Ouest;

- Centre d'hébergement des Seigneurs, 1800, rue Saint-Jacques ;
 - Centre d'hébergement du Manoir-de-Verdun, 5500, boul. LaSalle ;
 - Centre d'hébergement Louis-Riel, 2120, rue Augustin-Cantin ;
 - Centre d'hébergement Réal-Morel, 3500, rue Wellington ;
 - Centre d'hébergement Yvon-Brunet, 6250, rue Newman ;
 - et toute autre installation au permis de l'établissement.
- l)** Famille immédiate : aux fins de l'article 131 (notion de personne indépendante) de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2, est un membre de la famille immédiate d'un directeur général, d'un directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'Établissement son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint;
- m)** Faute grave : résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables à l'administrateur et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du Conseil d'administration de l'Établissement;
- n)** Information confidentielle désigne une information ayant trait au CSSS ou toute information de nature stratégique, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un administrateur, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ;
- o)** Intérêt personnel désigne l'intérêt auquel l'administrateur est parti lié, soit par des liens de parenté, d'amitié, d'affaires ou autres de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique;
- p)** Loi désigne toute loi applicable dans le cadre du présent Code, incluant les règlements pertinents ;
- q)** Personne indépendante : tel que prévu à l'article 131 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., S-4.2., une personne se qualifie comme indépendante si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'Établissement;
- r)** Personne morale : groupement ou établissement titulaire d'un patrimoine collectif et de la personnalité juridique, qui a le pouvoir en droit d'agir à titre de personne distincte des personnes physiques qui la composent;

- s) Proche membre de la famille immédiate de l'administrateur étant son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint. Désigne aussi son frère ou sa sœur, incluant leur conjoint respectif;
- t) Renseignements confidentiels : une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial ou scientifique détenu par l'Établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonctions dans l'Établissement ou à l'Établissement lui-même;
- u) Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du Conseil d'administration de l'Établissement, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet auquel l'Établissement participe.

Article III – Principes d'éthique

L'éthique est un ensemble de principes moraux au regard de ce qui est jugé souhaitable et qui sont à la base de la conduite d'un individu³

- 3.1** L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'Établissement et de la population desservie. L'administrateur remplit ses devoirs et obligations générales selon les exigences de la bonne foi.
- 3.2** L'administrateur doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux.
- 3.3** L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie qui sont prévues au présent Code.
- 3.4** L'administrateur est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.

³ Grand dictionnaire terminologique de l'OQLF

- 3.5** L'administrateur souscrit aux principes de pertinence, de continuité, d'accessibilité, de qualité, de sécurité et d'efficacité des services dispensés, principes préconisés en vertu de la LSSSS.
- 3.6** L'administrateur exerce ses responsabilités dans le respect des orientations locales, régionales et nationales en tenant compte des ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières de l'Établissement.
- 3.7** L'administrateur participe activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'Établissement.
- 3.8** L'administrateur contribue, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs et de la vision de l'Établissement en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.

Article IV – Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles et de normes de conduite qui régissent une profession ou une fonction, et dans ce dernier cas, celle d'administrateurs⁴.

4.1 Disponibilité et participation active

L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions en étant régulièrement présent aux séances du Conseil d'administration, en prenant connaissance des dossiers et en prenant une part active aux décisions du Conseil d'administration. Il favorise l'esprit de collaboration au sein du Conseil d'administration et contribue à ses délibérations.

4.2 Respect

L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, est tenu de respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques et procédures applicables. Il est notamment tenu de respecter les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.

L'administrateur agit de manière courtoise et entretient à l'égard de toute personne des relations fondées sur le respect, la coopération et le professionnalisme.

4. AQESSS, *Déontologie et éthique* – définitions, fiche révisée, janvier 2012, 2 p.

L'administrateur doit respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du Conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision. Il s'engage à respecter la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée du Conseil d'administration. Il respecte toute décision du Conseil d'administration, malgré sa dissidence.

4.3 Soin et compétence

L'administrateur doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés avec soin et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, et dans l'intérêt de l'Établissement.

4.4 Neutralité

L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.

4.5 Intérêts

L'administrateur doit placer les intérêts de l'Établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

4.6 Transparence

L'administrateur exerce ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.

L'administrateur partage avec les membres du Conseil d'administration toute information utile ou pertinente aux prises de décisions du Conseil d'administration.

4.7 Discrétion et confidentialité

L'administrateur fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions. De plus, il doit faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'Établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

L'administrateur préserve la confidentialité des délibérations du Conseil d'administration, des positions défendues, des votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision de l'Établissement.

L'administrateur s'abstient d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts.

4.8 Relations publiques

L'administrateur respecte la politique de communication de l'Établissement sur les relations avec les médias (Politique DG-2009-10).

4.9 Charge publique

L'administrateur informe le Conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique électorale.

L'administrateur doit démissionner immédiatement de ses fonctions d'administrateur lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. De plus, il doit démissionner de ses fonctions d'administrateur s'il est élu à une charge publique dont l'exercice est à temps partiel et que cette charge est susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêts.

4.10 Biens et services de l'Établissement

L'administrateur utilise les biens, les ressources et les services de l'Établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le Conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'Établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire par le Conseil d'administration. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'Établissement.

L'administrateur ne reçoit aucun traitement pour l'exercice de ses fonctions. Il a cependant droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

4.11 Avantages et cadeaux

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

L'administrateur qui reçoit un avantage contraire au présent Code est redevable envers l'Établissement de la valeur de l'avantage reçu.

4.12 Interventions inappropriées

L'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2.

L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

Article V – Administrateurs indépendants

- 5.1** L'administrateur élu, nommé ou coopté, à titre d'administrateur indépendant, doit dénoncer par écrit au Conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. L'administrateur doit transmettre au Conseil d'administration le formulaire de l'Annexe II du présent Code, au plus tard dans les vingt (20) jours suivant la présence d'une telle situation.

Article VI – Conflit d'intérêts

- 6.1** L'administrateur ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'Établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.
- 6.2** Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, un administrateur doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à

l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du présent Code.

- 6.3** L'administrateur doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :
- a) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du Conseil d'administration;
 - b) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'Établissement;
 - c) Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du Conseil d'administration;
 - d) Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'Établissement;
 - e) Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.
- 6.4** L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au Conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'Établissement en remplissant le formulaire de l'Annexe III du présent Code.
- 6.5** L'administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du Conseil d'administration ou de l'Établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au Conseil d'administration en remplissant le formulaire de l'Annexe IV du présent Code. De plus, il doit s'abstenir de siéger au Conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.
- 6.6** Le fait pour un administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si cet administrateur ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la *Loi sur les valeurs mobilières* (L.R.Q., c. V-1.1).
- 6.7** L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du Conseil d'administration doit sur-le-champ déclarer cette situation au Conseil d'administration. Cette déclaration

doit être consignée au procès-verbal. L'administrateur doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

- 6.8** Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du Conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au directeur général. Pour signaler cette situation, cette personne doit remplir le formulaire de l'Annexe V du présent Code. Le président du Conseil d'administration ou, le cas échéant, le directeur général, transmet ce formulaire au Comité de gouvernance et d'éthique. Le Comité de gouvernance et d'éthique peut recommander l'application de mesures préventives ou la tenue d'une enquête par le comité de discipline. Le Comité de gouvernance et d'éthique remet son rapport écrit et motivé au Conseil d'administration, au plus tard dans les trente (30) jours de la réception du signalement.
- 6.9** La donation ou le legs fait à l'administrateur qui n'est ni le conjoint ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.
- 6.10** Des mesures disciplinaires seront prises contre toute personne qui exercera des représailles, directement ou indirectement, ou qui encouragera d'autres personnes à le faire, contre une personne qui a signalé un cas de violation du Code. Le CSSS a pour objectif d'établir un milieu où les signalements éthiques sont attendus et bien reçus et où les gens sont à l'aise de faire état d'une préoccupation ou d'un cas de violation sans crainte d'intimidation.
- 6.11** En cas de besoin, tout administrateur pourra faire appel à un conseiller en éthique que le CSSS met à sa disposition. Le conseiller en éthique a pour rôle d'analyser différentes situations portées à sa connaissance et présentant des conflits d'intérêts, des possibilités de conflits d'intérêts, des manquements au Code ou toute situation impliquant un questionnement des valeurs.
- 6.12** Le directeur général doit, sous peine de déchéance de sa charge ou de suspension sans traitement et sous réserve des exceptions prévues à la loi, s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de sa fonction. Cependant, lorsqu'il occupe un autre emploi, charge ou fonction, il doit produire, dans les soixante (60) jours suivant sa désignation à cette fin et à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination, une déclaration écrite mentionnant l'existence de ce fait.
- 6.13** Le fait pour un administrateur sous examen de s'adresser directement à une autre instance comme l'Agence ou le Ministère de la Santé et des Services sociaux ne peut

suspendre ou mettre fin à une enquête en cours. De plus, la démission de son poste d'administrateur ne met pas nécessairement fin à l'enquête en cours.

Article VII – Fin du mandat

- 1.1** Malgré l'expiration de son mandat, l'administrateur doit demeurer en fonction jusqu'à ce qu'il soit remplacé ou élu, désigné, nommé ou coopté de nouveau, tout en maintenant la même qualité d'implication et de professionnalisme.
- 1.2** L'administrateur doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions au sein du Conseil d'administration.
- 1.3** L'administrateur qui a cessé d'exercer sa charge doit se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- 1.4** À la fin de son mandat, l'administrateur ne doit pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation de l'Établissement pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- 1.5** 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.

Article VIII – Application du code

8.1 Adhésion au Code

- 8.1.1** Chaque administrateur s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent Code ainsi que les lois applicables.
- 8.1.2** Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le Conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement de

l'Annexe I du présent Code. Chaque nouvel administrateur doit aussi le faire dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction.

- 8.1.3 En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient à l'administrateur de consulter le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement.

8.2 Comité de gouvernance et d'éthique

- 8.2.1 En matière d'éthique et de déontologie, le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement a pour fonctions de :
- a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., c. M-30);
 - b) diffuser et promouvoir le présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
 - c) informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent Code;
 - d) conseiller les membres du Conseil d'administration sur toute question relative à l'application du présent Code;
 - e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir, aux administrateurs qui en font la demande, des avis sur ces déclarations;
 - f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au Conseil d'administration pour adoption;
 - g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au Conseil d'administration, le cas échéant.

8.3 Comité de discipline

- 8.3.1 Le Conseil d'administration forme un comité de discipline composé de trois (3) membres et, d'un membre substitut, nommés par et parmi les administrateurs de l'Établissement. Le comité est formé d'une majorité de membres indépendants et il est présidé par un membre indépendant.
- 8.3.2 De plus, le Comité de discipline peut avoir recours à une ressource externe à l'Établissement. Une personne cesse de faire partie du Comité de discipline dès qu'elle perd la qualité d'administrateur.

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

8.3.4 Le Comité de discipline a pour fonctions de :

- a) faire enquête lorsqu'il est saisi d'une situation de manquement ou d'omission, concernant un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
- b) déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent Code;
- c) faire des recommandations au Conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.

Article IX – Processus disciplinaire

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

9.2 Le Comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité de discipline, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir au présent Code, en transmettant le formulaire de l'Annexe V du présent Code rempli par cette personne.

9.3 Le Comité de discipline détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions du présent Code. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans un délai de vingt (20) jours ouvrables de l'avis, fournir ses observations par écrit au Comité de discipline et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au manquement reproché. L'administrateur concerné doit en tout temps répondre avec diligence à toute communication ou demande du Comité de discipline.

9.4 L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

9.5 Le Comité de discipline peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. L'enquête doit être conduite de

manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire d'affirmation solennelle de discrétion de l'Annexe VI du présent Code.

- 9.6** Tout membre du Comité de discipline qui enquête doit le faire dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.
- 9.7** Le Comité de discipline doit respecter les règles de justice naturelle en offrant à l'administrateur concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité de discipline, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, l'administrateur est entendu par le Comité de discipline, il peut être accompagné d'une personne de son choix.
- 9.8** Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.
- 9.9** Le Comité de discipline transmet son rapport au Conseil d'administration, au plus tard dans les quarante-cinq (45) jours ouvrables suivant la réception des allégations ou du début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :
- a) un état des faits reprochés;
 - b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue de l'administrateur visé;
 - c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du présent Code;
 - d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- 9.10** En application de l'article 9.9 d) du présent Code, le Conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le Conseil d'administration doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre. Ce dernier peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, ceux-ci ne peuvent pas participer aux délibérations ni à la décision du Conseil d'administration.

- 9.11** Le Conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du directeur général, le Conseil d'administration doit s'assurer du respect des dispositions du *Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux hors-cadres des agences et des établissements publics de santé et de services sociaux*, (R.R.Q., c. S-4.2, r. 5.2).
- 9.12** Toute mesure prise par le Conseil d'administration doit être communiquée à l'administrateur concerné. Toute mesure imposée à l'administrateur, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées.
- 9.13** Cette mesure peut être un rappel à l'ordre, une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois, une révocation de son mandat, selon la nature et la gravité de la dérogation.
- 9.14** Le secrétaire du Conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du présent Code, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'Établissement, conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives*, (L.R.Q., c. A-21.1).

Article X – Diffusion du Code

- 10.1** L'Établissement doit rendre le présent Code accessible au public et le publier dans son rapport annuel.
- 10.2** Le rapport annuel de gestion de l'Établissement doit faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le Comité de discipline, des décisions prises et des mesures imposées par le Conseil d'administration ainsi que du nom des administrateurs suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

Article XI – Dispositions finales

11.1 Entrée en vigueur

Ce Code entre en vigueur le jour de son adoption par le Conseil d'administration de l'Établissement.

11.2 Révision

Ce Code doit faire l'objet d'une révision par le Comité de gouvernance et d'éthique de l'Établissement tous les trois ans ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent.

ANNEXE 1

**Rapport sur les états financiers pour l'exercice
se terminant le 31 mars 2015**

et

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



Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
Bureau 2000
Tour de la Banque Nationale
600, rue De La Gauchetière Ouest
Montréal (Québec) H3B 4L8

Aux membres du conseil d'administration du
Centre de santé et de services sociaux du
Sud-Ouest-Verdun

Téléphone : 514 878-2691
Télécopieur : 514 878-2127
www.rcgt.com

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 11 juin 2015 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes 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 santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément

aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun 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 11 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 pu être déterminées.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux du Sud-Ouest-Verdun au 31 mars 2015 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

*Raymond Chabot Grant Thornton S.E. N.C.R.L.*¹

Montréal

Le 11 juin 2015

¹ CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A111208

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

Description des réserves, commentaires et observations 1	Année 20XX- 20XX 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 : R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire Colonne 5, 6 et 7 : R : Pour réglée PR : pour partiellement réglée NR : pour non réglée						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers et autres informations financières						
Les immeubles loués auprès de la SQI sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 du Manuel de l'Institut Canadien des Comptables agréés, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifié sur les états financiers de l'exercice précédent. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.	2011-2012	R	Aucune, car directive du MSSS.			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
La compilation des unités de mesure n'est pas conforme aux définitions du Manuel de gestion financière à l'égard des usagers. En effet, les systèmes de compilation des unités de mesure n'étant pas intégrés, il est impossible d'identifier si un usager se présente à plus d'un site.	2011-2012	C	Cette recommandation ne s'applique pas à l'ensemble des centres d'activités qui ont cette unité de mesure. Le CSSS a fait l'acquisition du système MED-GPS afin de pallier, entre autres, cette lacune.		PR	
Nous avons relevé une déficience dans la compilation du centre d'activité 6320 – Unité de retraitement des dispositifs médicaux. Nos tests ont démontré qu'aucune méthode de calcul fiable n'est mise en place pour la compilation de cette unité. En conséquence, nous n'avons pu obtenir l'assurance raisonnable de l'exactitude mathématique de cette unité de mesure.	2013-2014	O	Un processus de calcul fiable a été mis en place pour la compilation de cette unité.	R		
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						
Questionnaire à compléter par l'auditeur indépendant						
L'établissement présente un déficit au 31 mars 2015 et a ainsi dérogé à la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (articles 3 et 4)	2014-2015	C	Ce déficit est occasionné par les indemnités de départ à verser suite au projet de Loi 10.			NR

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

Description des réserves, commentaires et observations 1	Année 20XX- 20XX 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
Des cas de non-conformités au contenu des pages explicatives du rapport financier annuel.	2014-2015	C	Voir annexe au rapport sur les unités de mesure.			NR
Des cas de non-conformités aux directives administratives (y compris les circulaires) émises par le Ministère et les agences de la santé et des services sociaux, ayant une incidence directe sur la détermination de montants et sur l'information à fournir au rapport financier annuel.	2014-2015	C	Voir annexe au rapport sur les unités de mesure.			NR
Rapport à la gouvernance						

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc	
	1	2	3	4	5	
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (FI:P408)	1	246 127 663	237 198 729	12 096 130	249 294 859	246 305 959
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294)	2	100 886				100 886
Contributions des usagers	3	21 423 276	21 319 623	XXXX	21 319 623	21 623 262
Ventes de services et recouvrements	4	6 030 222	4 949 212	XXXX	4 949 212	4 832 487
Donations (FI:P294)	5	575 000	136 151	443 819	579 970	564 700
Revenus de placement (FI:P302)	6	142 694	138 037	21 683	159 720	142 694
Revenus de type commercial	7	175 083	185 990	XXXX	185 990	174 594
Gain sur disposition (FI:P302)	8					100
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (FI:P302)	11	3 266 227	4 684 844	6 266	4 691 110	3 749 672
TOTAL (L.01 à L.11)	12	277 841 051	268 612 586	12 567 898	281 180 484	277 494 354
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	198 133 694	201 089 835	XXXX	201 089 835	192 994 647
Médicaments	14	8 806 831	8 546 145	XXXX	8 546 145	8 676 611
Produits sanguins	15	2 492 815	2 345 886	XXXX	2 345 886	2 307 266
Fournitures médicales et chirurgicales	16	10 454 037	10 615 361	XXXX	10 615 361	10 381 779
Denrées alimentaires	17	3 979 420	3 860 733	XXXX	3 860 733	3 933 119
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	3 503 319	3 215 205	XXXX	3 215 205	3 486 845
Frais financiers (FI:P325)	19	3 600 000		3 441 413	3 441 413	3 606 151
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	2 294 240	3 107 512	89 965	3 197 477	2 891 450
Créances douteuses	21		132 426	XXXX	132 426	408 656
Loyers	22	4 490 699	4 516 299	XXXX	4 516 299	4 368 041
Amortissement des immobilisations (FI:P422)	23	9 000 000	XXXX	8 834 287	8 834 287	8 957 677
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421)	24		XXXX			75 000
	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (FI:P325)	27	30 816 141	32 296 512	27 000	32 323 512	33 528 578
TOTAL (L.13 à L.27)	28	277 571 196	269 725 914	12 392 665	282 118 579	275 615 820
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)	29	269 855	(1 113 328)	175 233	(938 095)	1 878 534

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

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	Notes
		1	2	3	4	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(597 507)	4 398 118	3 800 611	1 922 077	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(597 507)	4 398 118	3 800 611	1 922 077	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	(1 113 328)	175 233	(938 095)	1 878 534	
Autres variations:						
Transferts interétablissements (préciser)	6					
Transferts interfonds (préciser)	7					
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10					
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	(1 710 835)	4 573 351	2 862 516	3 800 611	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine interne	13	XXXX	XXXX			
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	2 862 516	3 800 611	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	2 862 516	3 800 611	

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
	1	2	3	4	
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	9 294 023	(427 560)	8 866 463	5 217 168
Placements temporaires	2				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	11 910 042	14 777 473	26 687 515	51 423 134
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	2 781 098	845 840	3 626 938	3 768 275
	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	142 238	(142 238)	0	
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	18 320 831	5 530 919	23 851 750	1 949 730
	8				
Placements de portefeuille	8				
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	328 891	328 891	262 907
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	1 458 396		1 458 396	2 590 186
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	43 906 628	20 913 325	64 819 953	65 211 400
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14		29 447 198	29 447 198	23 975 344
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	22 699 725	2 214 535	24 914 260	24 934 655
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	5 957 298	5 957 298	6 576 752
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18		756 088	756 088	982 056
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	2 478 551	2 835 148	5 313 699	4 070 542
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	78 050 982	78 050 982	76 972 967
Passifs environnementaux (FI: P401)	22	XXXX	14 022 000	14 022 000	13 995 000
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	24 029 832	XXXX	24 029 832	22 980 058
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	146 844		146 844	105 940
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	49 354 952	133 283 249	182 638 201	174 593 314
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(5 448 324)	(112 369 924)	(117 818 248)	(109 381 914)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	116 943 275	116 943 275	109 635 564
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	2 663 174	XXXX	2 663 174	2 432 879
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	1 074 315		1 074 315	1 114 082
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	3 737 489	116 943 275	120 680 764	113 182 525
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT	32		XXXX		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	(1 710 835)	4 573 351	2 862 516	3 800 611

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

Éventualités (pages 636-01 et 636-02)

Colonne 2: Établissements publics seulement

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

Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

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

	Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
	1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1 050 741	(4 144 468)	(105 237 446)	(109 381 914)	(108 858 951)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	1 050 741	(4 144 468)	(105 237 446)	(109 381 914)	(108 858 951)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)		(1 113 328)	175 233	(938 095)	1 878 534
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:					
Acquisitions (FI:P421)	(11 000 000)	XXXX	(16 141 998)	(16 141 998)	(11 365 218)
Amortissement de l'exercice (FI:P422)	9 000 000	XXXX	8 834 287	8 834 287	8 957 677
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208)		XXXX			74 900
Produits sur dispositions (FI:P208)		XXXX			100
Réduction de valeurs (FI:P420, 421-00)		XXXX			
	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	(2 000 000)	XXXX	(7 307 711)	(7 307 711)	(2 332 541)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:					
Acquisition de stocks de fournitures			XXXX		
Acquisition de frais payés d'avance					
Utilisation de stocks de fournitures	68 325	(230 295)	XXXX	(230 295)	68 325
Utilisation de frais payés d'avance	(137 281)	39 767		39 767	(137 281)
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18)	(68 956)	(190 528)		(190 528)	(68 956)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	(2 068 956)	(1 303 856)	(7 132 478)	(8 436 334)	(522 963)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	(1 018 215)	(5 448 324)	(112 369 924)	(117 818 248)	(109 381 914)

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit) de l'exercice	1	(938 095)	1 878 534
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:			
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	(190 528)	(68 956)
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4		74 900
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	6		
- Autres	7	(474 300)	76 363
Amortissement des immobilisations	8	8 834 287	8 957 677
Réduction pour moins-value des immobilisations	9		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10		
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Subvention à recevoir - réforme comptable - immobilisations	12	(2 697 432)	
Autres	13		(1 176 927)
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	5 472 027	7 863 057
Variation des actifs financiers et des passifs liés au fonctionnement	15	8 707 488	2 279 356
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	13 241 420	12 020 947

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS

Acquisitions d'immobilisations	17	(16 141 996)	(11 365 218)
Produits de disposition d'immobilisations	18		100
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(16 141 996)	(11 365 118)

ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT

Variation des placements temporaires	20		
Placements de portefeuille effectués	21		
Produits de disposition de placements de portefeuille	22		
Placements de portefeuille réalisés	23		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24		

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (SUITE)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT			
Dettes à long terme:			
Emprunts effectués - Dettes à long terme	1	21 401 013	
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	2	(14 727 332)	(10 745 044)
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	3	(5 595 664)	(7 055 937)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	4		
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	5		
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	6		
Emprunts temporaires - fonds d'immobilisations:			
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	7	27 239 902	16 601 905
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	8		
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	9	(367 035)	
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	10	(21 401 013)	
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	11		
Autres	12		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.12)	13	6 549 871	(1 199 076)
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.13):	14	3 649 295	(543 247)
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	15	5 217 168	9 328 894
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15)	16	8 866 463	8 785 647
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:			
Encaisse	17	8 866 463	8 785 647
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	18		
TOTAL (L.17 + L.18)	19	8 866 463	8 785 647

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:			
Débiteurs - Agence et MSSS	1	5 492 781	(62 983)
Autres débiteurs	2	141 336	(524 508)
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3	38 251	
Frais reportés liés aux dettes	4	(65 986)	57 206
Autres éléments d'actifs	5	1 131 790	(42 978)
Créditeurs - Agence et MSSS	6	(619 456)	3 366 268
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	(20 395)	(424 661)
Avances en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	8		
Intérêts courus à payer	9	(225 967)	(103 803)
Revenus reportés	10	1 717 456	(5 245)
Passifs environnementaux	11	27 000	27 000
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	12	1 049 774	
Autres éléments de passifs	13	40 904	(6 940)
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13)	14	8 707 488	2 279 356
AUTRES RENSEIGNEMENTS:			
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	15	2 214 535	1 465 560
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	16		
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie	17		
Intérêts:			
Intérêts créditeurs (revenus)	18	159 720	142 694
Intérêts encaissés (revenus)	19	159 720	142 694
Intérêts débiteurs (dépenses)	20	3 369 523	3 548 945
Intérêts déboursés (dépenses)	21	3 506 857	3 547 055
Placements temporaires:			
Échéance inférieure ou égale à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	22		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant	23		
Échéance supérieure à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	24		
-Placements effectués	25		
-Placements réalisés	26		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant (L.24 + L.25 - L.26)	27		

NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS

Note 1. – Constitution et mission

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2). Il a pour mandat de promouvoir la santé, le bien-être et la contribution active de la population du territoire du CSSS du Sud-Ouest et de Verdun en orchestrant les soins de santé et les services sociaux, en misant sur l'accessibilité, la qualité et la sécurité tout en favorisant les partenariats afin de faciliter le cheminement intégré des personnes.

Le siège social de l'établissement est situé au 6161 rue Laurendeau, Montréal.

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

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

Réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux

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

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

Note 2 – Description des principales méthodes comptables

Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, en tenant compte des particularités édictées le ministère de la Santé et des Services sociaux, et prescrites par l'article 477 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2). Conséquemment :

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

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Celles-ci ont une incidence sur la comptabilisation des actifs et des passifs, la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers, ainsi que sur la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée dans le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleurs prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Revenus

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

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement bénéficiaire doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

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

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

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

Revenus provenant des usagers

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

Revenus d'intérêts

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

Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse, réalisé à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Autres revenus

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

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Prêts interfonds

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

Frais d'émission liés aux emprunts

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

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

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

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

Passifs environnementaux

Les obligations découlant de la réhabilitation de terrains contaminés ne faisant pas l'objet d'un usage productif ou faisant l'objet d'un usage productif mais dont l'état émane d'un événement imprévu, sous la responsabilité de l'établissement, ou pouvant de façon probable relever de sa responsabilité, sont comptabilisées à titre de passifs environnementaux dès que la contamination survient ou dès qu'il, en est informé et qu'il est possible d'en faire une estimation raisonnable.

Les passifs environnementaux comprennent les coûts estimatifs de la gestion et de la réhabilitation des terrains contaminés. L'évaluation de ces coûts est établie à partir de la meilleure information disponible et est révisée annuellement. La variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice.

Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux, le gouvernement du Québec ayant signifié sa décision de financer les coûts des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que les variations survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2014-2015.

Passifs au titre des avantages sociaux futurs

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

Provision pour assurance-salaire

Les obligations découlant de l'assurance-salaire sont évaluées selon l'estimation que fait la direction en fonction des heures accumulées au 31 mars 2015. La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2015 et des taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Provision pour congés de maladie

Le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congés de maladie. Les journées non utilisées sont payables 1 fois par année, soit en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars.

Les obligations découlant des congés de maladie années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux, c'est-à-dire en fonction de l'accumulation telle que décrite précédemment et de l'utilisation des journées de maladie par les employés, selon les taux horaires prévus en 2015-2016. Elles ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant.

La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

Les principales hypothèses utilisées sont :

	Exercice courant	Exercice précédent
Pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances :		
Taux moyen de croissance de la rémunération	0 %	2 %
Inflation	1 %	
Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés	9,43 %	9,43 %
Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors-cadre	8,65 %	8,65 %

Régime de retraite

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

Immobilisations

Les immobilisations et les actifs non financiers, de par leur nature, sont employés normalement pour fournir des services futurs. Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût.

Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Les immobilisations acquises par donation ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur au moment de leur acquisition avec contrepartie aux revenus reportés, à l'exception des terrains où la

contrepartie est constatée aux revenus dans l'année d'acquisition. Les contributions pour l'acquisition d'immobilisations sont comptabilisées aux revenus reportés, à l'exception de celles destinées à l'achat de terrains qui sont constatées aux revenus dans l'année d'acquisition. Les revenus reportés sont amortis aux revenus au même rythme que l'amortissement du coût des immobilisations correspondantes.

Elles sont amorties selon la méthode linéaire selon leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis.

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains :	10 à 20 ans
Bâtiments :	20 à 50 ans
Améliorations locatives :	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériel et équipement :	3 à 15 ans
Équipement spécialisé :	10 à 25 ans
Matériel roulant :	5 ans
Développement informatique :	5 ans
Réseau de télécommunication :	10 ans

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance représentant des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement consomme effectivement le service.

Stocks

Les stocks de fourniture sont évalués au moindre du coût et de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen.

Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

Instruments financiers

En vertu de l'article 477, le ministère de la Santé et des Services sociaux met à jour un Manuel de gestion financière, lequel présente les principes directeurs applicables par les entités du réseau relativement à la comptabilisation et la présentation de leurs données dans le rapport financier annuel. Conformément à ces directives, les instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif sont évalués au coût ou au coût après amortissement au lieu de leur juste valeur, comme le veut la norme comptable. De plus, les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire, au lieu d'être amortis selon la méthode du taux effectif et inclus dans le montant dû de la dette à laquelle ils se

rapporent.

Cependant, leur juste valeur, les gains et les pertes non réalisés, les impacts sur les états financiers, y compris l'état des gains et pertes de réévaluation et l'amortissement selon la méthode du taux effectif sont présentés à la note complémentaire 6.

En vertu de l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), le MSSS détermine le format du rapport financier annuel applicable aux établissements. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2015, le MSSS a convenu de ne pas inclure l'état financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur, étant donné les limitations imposées par la LSSSS en ce sens. De plus, les données financières des établissements sont consolidées dans les états financiers du gouvernement du Québec, lequel n'appliquera la nouvelle norme sur les instruments financiers qu'à partir de l'exercice financier ouvert le 1er avril 2016.

Par conséquent, l'encaisse, les débiteurs - Agences et MSSS, les autres débiteurs sont classés dans la catégorie d'actifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

Les emprunts temporaires, les créditeurs - Agences et MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les avances de fonds en provenance de l'agence-enveloppes décentralisées, les intérêts courus à payer, les dettes à long terme sont classés dans la catégorie des passifs financiers évalués au coût ou au coût après amortissement.

Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse.

Comptabilité par fonds

Aux fins de présentation du rapport financier annuel, l'établissement utilise le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisation. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

- Fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires);
- Fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux immobilisations, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations;

Classification des activités

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

- **Activités principales** : elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par l'agence.
- **Activités accessoires** : elles comprennent les services que l'établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Centres d'activités

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

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

Subdivisions des activités accessoires

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial :

- Les activités accessoires complémentaires sont celles n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent de l'Agence, d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes publics, etc.;
- Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les activités de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités.

Un centre d'activités ou un sous-centre d'activités peut être appelé à mesurer ses données selon une ou deux unités de mesure, l'unité A et l'unité B. La définition des unités de mesure et le mode de compilation sont précisés dans chaque centre et sous-centre d'activités. Leur compilation permet à l'établissement d'établir un coût unitaire de production de produits ou de services relié aux coûts directs bruts ajustés lorsque l'on se réfère à l'unité A, alors que l'unité B permet de déterminer un coût unitaire de consommation, relié aux coûts directs nets ajustés.

Avoir propre

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

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

Note 3. – Présentation des données budgétaires

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

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 11 juillet 2014.

Note 4. – Passifs environnementaux

Comptabilisation de passifs environnementaux et travaux de réhabilitation encourus :

L'établissement est responsable de décontaminer un terrain vague ne faisant pas l'objet d'un usage productif et qui nécessite des travaux de réhabilitation à la suite d'anciens dépôts/sites d'enfouissement de déchets de la ville. À cet égard, un montant de 14 022 000 \$ a été comptabilisé à titre de passifs environnementaux dans les états financiers au 31 mars 2015 (13 995 000 \$ au 31 mars 2014). Ce montant est basé sur une étude préliminaire/étude de caractérisation.

Au cours du présent exercice, l'établissement n'a effectué aucun travaux de réhabilitation. L'établissement ne prévoit pas réaliser de travaux au cours du prochain exercice.

L'établissement a également constaté une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux du même montant pour le financement du coût des travaux de 14 022 000 \$ (13 995 000 \$ au 31 mars 2014).

Note 5. – Dettes à long terme

	Exercice courant	Exercice précédent
Billet à terme B1 contracté auprès du Fonds de financement en 2005, d'une valeur nominale de 5 469 381.78 \$, au taux effectif de 4,6272 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 218 775.27 \$, et par un paiement final de 3 500 404 \$ en date du 10 mars 2015.	0 \$	3 500 404 \$
Billet à terme B2 contracté auprès du Fonds de financement en 2003, d'une valeur nominale de 1 475 000 \$, au taux effectif de 9,3750 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de	177 000 \$	236 000 \$

	Exercice courant	Exercice précédent
59 000 \$, échéant en 2018.		
Billet à terme B8 contracté auprès du Fonds de financement en 2008, d'une valeur nominale de 4 164 793.17 \$, au taux effectif de 4,877 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 166 591.73 \$, échéant en 2033.	3 165 243 \$	3 331 835 \$
Billet à terme B9 contracté auprès du Fonds de financement en 2009, d'une valeur nominale de 13 088 364.77 \$, au taux effectif de 3,0622 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 873 990.86 \$, et par un paiement final de 9 592 401.33 \$ en date du 1 ^{er} décembre 2014.	0 \$	9 592 401 \$
Billet à terme B10 contracté auprès du Fonds de financement en 2009, d'une valeur nominale de 20 341 299.16 \$, au taux effectif de 4,991 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 813 651.97 \$, échéant en 2034.	16 273 039 \$	17 086 691 \$
Billet à terme B11 contracté auprès du Fonds de financement en 2010, d'une valeur nominale de 19 398 512.41 \$, au taux effectif de 3,544 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 1 505 927.81 \$, échéant en 2016.	11 868 873 \$	13 374 801 \$
Billet à terme B12 contracté auprès du Fonds de financement en 2010, d'une valeur nominale de 307 200 \$, au taux effectif de 3,524 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 60 000 \$, échéant en 2015.	67 200 \$	127 200 \$
Billet à terme B13 contracté auprès du Fonds de financement en 2010, d'une valeur nominale de 8 384 718.06 \$, au taux effectif de 2,6497 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 335 388.72 \$, échéant en 2016.	7 043 163 \$	7 378 552 \$
Billet à terme B14 contracté auprès du Fonds de financement en 2011, d'une valeur nominale de 2 753 257.89 \$, au taux effectif de 3,594 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 110 130.32 \$, échéant en 2017.	2 312 737 \$	2 422 867 \$
Billet à terme B15 contracté auprès du Fonds de financement en 2012, d'une valeur nominale de 9 475 287.93 \$, au taux effectif de 2,406 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 379 011.52 \$, échéant en 2018.	8 338 253 \$	8 717 265 \$
Billet à terme B16 contracté auprès du Fonds de financement en 2012, d'une valeur nominale de 703 691.41 \$, au taux effectif de 2,406 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 100 527.34 \$, échéant en 2018.	402 109 \$	502 637 \$

	Exercice courant	Exercice précédent
Billet à terme B17 contracté auprès du Fonds de financement en 2012, d'une valeur nominale de 6 483 405.25 \$, au taux effectif de 2,0567 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 259 336.21 \$, échéant en 2018.	5 964 733 \$	6 224 069 \$
Billet à terme B18 contracté auprès du Fonds de financement en 2012, d'une valeur nominale de 669 545.26 \$, au taux effectif de 2,489 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 95 649.32 \$, échéant en 2019.	478 247 \$	573 896 \$
Billet à terme B19 contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 17 238 126.62 \$, au taux effectif de 3,325 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 830 829.58 \$, échéant en 2024.	17 238 127 \$	0 \$
Billet à terme B20 contracté auprès du Fonds de financement en 2014, d'une valeur nominale de 4 162 886.22 \$, au taux effectif de 2,061 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 537 781.78 \$, échéant en 2019.	4 162 886 \$	0 \$
Emprunt à terme contracté pour le projet autofinancé, au taux des acceptations bancaires à un mois majoré de 0,3 %, remboursable par mensualité de 37 291.11 \$, échéant le 1 ^{er} juin 2016.	559 367 \$	1 006 860 \$
Emprunt garantie par hypothèque pour un montant total de 2 589 420 \$, au taux effectif de 7,785 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 113 011.73 \$ et par un paiement final de 1 159 192.81 \$ en date du 2 juillet 2014.	0 \$	1 159 193 \$
Emprunt garantie par hypothèque pour un montant total de 2 390 215 \$, au taux effectif de 6,875 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 170 190 \$ et par un paiement final de 1 738 288.87 \$ en date du 2 juillet 2014.	0 \$	1 738 289 \$
Total	78 050 977 \$	76 972 960 \$

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2015, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

	\$
2015-2016	5 708 520 \$
2016-2017	20 535 103 \$
2017-2018	5 334 855 \$
2018-2019	14 932 975 \$
2019-2024	11 162 775 \$

2024-2039	20 376 749 \$
Total	78 050 977 \$

Note 6. – Opérations avec apparentés (nature, montant, méthode)

Fondations

L'établissement détient un intérêt économique dans les fondations suivantes :

- Fondation du Centre hospitalier de Verdun
- Fondation du CHSLD Champlain-Manoir de Verdun
- Fondation du CLSC Verdun/Côte St-Paul
- Fondation CLSC Saint-Henri
- Fondation des Résidences Mance-Décary
- Fondation du C.A. Louis-Riel

Ces fondations ont pour objet de recueillir des fonds nécessaires à l'achat d'équipements et de venir en aide moralement, socialement et monétairement aux usagers et aux personnes nécessiteuses.

Au cours de l'exercice, l'établissement a reçu des dons totalisant :

- Dons au fonds d'immobilisation 443 819 \$

Enfin, l'établissement offre à titre gracieux des espaces à bureau.

Ces opérations sont conclues dans le cours normal des affaires et sont mesurées à la valeur d'échange, soit la valeur établie et acceptée par les parties.

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'établissement est apparenté à tous les ministères et fonds spéciaux ainsi qu'à tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

Note 7. – Maintien de l'équilibre budgétaire

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

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

En effet, des indemnités de départ ont été provisionnés à l'égard de certains cadres dont les postes ont été abolis par la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (2015, chapitre 1).

Note 8. - Informations complémentaires aux risques financiers

Dans le cadre de ses activités, l'établissement est exposé à divers risques relativement à ses instruments financiers. La direction a mis en place des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques, qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels. L'établissement ne détient pas au 31 mars 2015 et n'a pas détenu au cours de l'exercice d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et par conséquent, il n'y a pas de gain ou perte de réévaluation.

Risque de crédit

L'établissement est exposé au risque de crédit relativement aux actifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière. L'établissement a déterminé que les actifs financiers l'exposant davantage au risque de crédit sont les autres débiteurs, les débiteurs - Agences et MSSS, la subvention à recevoir – réforme comptable étant donné que le manquement d'une de ces parties à ses obligations pourrait entraîner des pertes financières importantes pour l'établissement. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentée à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière.

Le risque de crédit relatif à l'encaisse est considéré comme négligeable puisqu'elle est détenue dans une institution financière reconnue dont la notation externe de crédit est de bonne qualité.

Le risque de crédit associé aux débiteurs – Agences et MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir -réforme comptable est faible puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec et l'agence qui jouissent d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Ces sommes sont principalement reçues dans les 60 jours suivant la fin d'exercice.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible car il comprend des sommes à recevoir d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de diverses compagnies d'assurances, de la RAMQ et de la CSST, du gouvernement du Canada, des Fondations.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de collection. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars 2015, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 93 % pour l'exercice courant et pour l'exercice antérieur du montant total recouvrable.

Risque de liquidité

Le risque de liquidité de l'établissement est le risque qu'il éprouve des difficultés à honorer des engagements liés à ses passifs financiers. L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement à l'ensemble des passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière.

L'établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels.

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

Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime considérant que ces dernières sont assumées par le MSSS et l'agence. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.

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

	Exercice courant	Exercice précédent
De moins de 6 mois	24 914 260 \$	24 934 655 \$
De 6 mois à 1 an :		
De 1 à 3 ans :		
De 3 à 5 ans :		
De plus de 5 ans :		
Total des autres créditeurs	24 914 260 \$	24 934 655 \$

Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires, ses dettes à long terme et ses avances de fonds en provenance de l'agence – enveloppes décentralisées. Selon l'état de la situation financière, le solde de ces postes représente

	Exercice courant	Exercice précédent
Emprunts temporaires	29 447 198 \$	23 975 344 \$
Avances de fonds en provenance de l'agence-enveloppes décentralisées	5 957 298 \$	6 576 752 \$
Dettes à long terme	78 050 982 \$	76 972 967 \$

Du montant des emprunts temporaires totalisant 29 447 198 \$, un montant de 14 543 543 \$ portent intérêt au taux des acceptations bancaires + 0,05 %, alors que d'autres représentant 14 903 655 \$ portent intérêt un taux variable. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Du montant des avances de fonds en provenance de l'Agence - Enveloppes décentralisées et de la dette à long terme totalisant 84 008 280 \$, un montant de 5 957 298 \$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont à taux variables. Les intérêts à taux variables sur ces emprunts sont pris en charge par le MSSS ou l'agence. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Le solde, au montant de 78 050 982 \$, représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes. De ce montant, un montant de 77 491 615 \$ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont assumés par le MSSS ou l'Agence. Par conséquent, ces emprunts ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt. Un montant de 559 367 \$ représente des emprunts portant intérêt à des taux fixes pour lesquels les intérêts sont assumés par l'établissement. Le risque de taux d'intérêt sur ces emprunts est minime.

L'établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

Fonds d'exploitation

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Budget	Activités principales	Activités accessoires	Total (C2+C3)	Exercice précédent	
	1	2	3	4	5	
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (P362)	1	233 750 558	237 120 652	78 077	237 198 729	234 008 542
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2	100 886				100 886
Contributions des usagers (P301)	3	21 423 276	21 319 623	XXXX	21 319 623	21 623 262
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	6 030 222	4 949 212	XXXX	4 949 212	4 832 487
Donations (C2:P290/C3:P291)	5		136 151		136 151	
Revenus de placement (P302)	6	126 944	138 037		138 037	126 944
Revenus de type commercial (P351)	7	175 083	XXXX	185 990	185 990	174 594
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	3 266 227	1 958 841	2 726 003	4 684 844	3 749 411
TOTAL (L.01 à L.11)	12	264 873 196	265 622 516	2 990 070	268 612 586	264 616 126
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	198 133 694	198 940 318	2 149 517	201 089 835	192 994 647
Médicaments (P750)	14	8 806 831	8 546 145	XXXX	8 546 145	8 676 611
Produits sanguins	15	2 492 815	2 345 886	XXXX	2 345 886	2 307 266
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	10 454 037	10 615 361	XXXX	10 615 361	10 381 779
Denrées alimentaires	17	3 979 420	3 860 733	XXXX	3 860 733	3 933 119
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	3 503 319	3 215 205	XXXX	3 215 205	3 486 845
Frais financiers (P325)	19			XXXX		
Entretien et réparations (C2:P650 c/a 7800)	20	2 214 240	3 107 512		3 107 512	2 801 669
Créances douteuses (C2:P301)	21		132 426		132 426	408 656
Loyers	22	4 490 699	4 516 299		4 516 299	4 368 041
	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325)	24	30 798 141	31 465 999	830 513	32 296 512	33 501 578
TOTAL (L.13 à L.24)	25	264 873 196	266 745 884	2 980 030	269 725 914	262 860 211
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	0	(1 123 368)	10 040	(1 113 328)	1 755 915

Le CIUSSS du Centre-Est-de-l'Île-de-Montréal, une nouvelle organisation avec une couleur et une personnalité uniques...



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



Centre de santé et de services sociaux
Jeanne-Mance



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



depuis le 1^{er} avril 2015, ...désormais NOTRE CIUSSS

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

