

**Hôpital de LaSalle**

8585, Terrasse Champlain  
LaSalle (Québec) H8P 1C1  
Tél. : 514 362-8000  
Télééc. : 514 367-8612

**Centre d'hébergement de Dorval**

225, avenue de la Présentation  
Dorval (Québec) H9S 3L7  
Tél. : 514 631-2446  
Télééc. : 514 631-0095

**Centre d'hébergement de Lachine**

650, Place d'accueil  
Lachine (Québec) H8S 3Z5  
Tél. : 514 634-8803  
Télééc. : 514 634-8751

**Centre d'hébergement de LaSalle**

8686, rue Centrale  
LaSalle (Québec) H8P 3N4  
Tél. : 514 364-6700  
Télééc. : 514 364-0484

**Centre d'hébergement Nazaire-Piché**

150, 15<sup>e</sup> Avenue  
Lachine (Québec) H8S 3L9  
Tél. : 514 637-1780  
Télééc. : 514 637-1224

**CLSC de Dorval-Lachine**

1900, rue Notre-Dame  
Lachine (Québec) H8S 2G2  
Tél. : 514 639-0660  
Télééc. : 514 639-0666

**CLSC de LaSalle**

8550, boul. Newman  
LaSalle (Québec) H8N 1Y5  
Tél. : 514 364-2572  
Télééc. : 514 364-6365

Centre de santé et de services sociaux  
de Dorval-Lachine-LaSalle

# Rapport annuel 2007-2008

Centre de santé et de services sociaux  
de Dorval-Lachine-LaSalle



Le 27 juin 2008

Docteur Yves Bolduc  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Édifice Catherine-de-Longpré  
1075, chemin Sainte-Foy, 15<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1S 2M1

**Objet : Rapport annuel 2007-2008**

Monsieur le Ministre,

Conformément à la circulaire 2008-10 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, vous trouverez ci-joint le rapport annuel d'activités 2007-2008 du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle adopté par le conseil d'administration le 18 juin 2008.

Ce rapport fournit de l'information sur l'établissement et sa mission. Il présente les faits saillants au regard des activités, le suivi des ententes de gestion, les résultats financiers et les conseils et comités créés en vertu de la loi. Finalement, vous y trouverez le rapport du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, ainsi que le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Le directeur général intérimaire,



Daniel Petit

/mg  
p.j.

Le 27 juin 2008

Monsieur David Levine  
Président-directeur général  
Agence de la santé et des services  
sociaux de Montréal  
3725, rue Saint-Denis  
Montréal (Québec) H2X 3L9

**Objet : Rapport annuel 2007-2008**

Monsieur le Président-directeur général,

Conformément à la circulaire 2008-10 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, vous trouverez ci-joint le rapport annuel d'activités 2007-2008 du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle adopté par le conseil d'administration le 18 juin 2008.

Ce rapport fournit de l'information sur l'établissement et sa mission. Il présente les faits saillants au regard des activités, le suivi des ententes de gestion, les résultats financiers et les conseils et comités créés en vertu de la loi. Finalement, vous y trouverez le rapport du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, ainsi que le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration.

Veuillez agréer, Monsieur le Président-directeur général, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Le directeur général intérimaire,



Daniel Petit

/mg  
p.j.

LE CSSS DORVAL-LACHINE-LASALLE  
EST FIER DE VOUS PRÉSENTER  
LE RAPPORT ANNUEL 2007-2008.

CETTE ANNÉE,  
LES THÈMES ILLUSTRÉS SONT  
LES PROJETS CLINIQUES ET  
LES GRANDES RÉALISATIONS.

## TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION .....	6
<b>1. LA PRÉSENTATION DE L'ORGANISATION .....</b>	<b>9</b>
1.1 Une mission unique .....	10
1.2 Structure de l'organisation .....	11
<b>2. LE RAPPORT DES ACTIVITÉS .....</b>	<b>13</b>
2.1 Affaires générales .....	14
2.2 Activités d'appréciation de la qualité .....	14
2.3 Soins et services à la population .....	15
2.4 Ressources informationnelles et services informatiques .....	18
2.5 Communications .....	19
<b>3. LES RESSOURCES HUMAINES .....</b>	<b>21</b>
<b>4. LE SUIVI DES ATTENTES ADMINISTRATIVES ET DES ENTENTES DE GESTION .....</b>	<b>23</b>
<b>5. LES RESSOURCES FINANCIÈRES ET LES ÉTATS FINANCIERS .....</b>	<b>41</b>
5.1 Comptabilité et budget .....	42
5.2 Immobilisations .....	42
<b>6. LE RAPPORT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES .....</b>	<b>47</b>
<b>7. LES CONSEILS ET COMITÉS CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI .....</b>	<b>51</b>
<b>8. LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION .....</b>	<b>57</b>

LA RÉALISATION DE CE RAPPORT ANNUEL 2008-2009 EST LE RÉSULTAT DU TRAVAIL DE NOMBREUX COLLABORATEURS  
PROVENANT DE TOUS LES CENTRES D'ACTIVITÉ ET NOUS LES REMERCIONS POUR LEUR PRÉCIEUSE COLLABORATION.

ADOPTÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION LE 18 JUIN 2008

## MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

### Rapport de la présidente

Le rapport annuel 2007-2008 présente les faits saillants qui témoignent des réalisations et de l'avancement des dossiers du Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle, pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2008.

Tout comme l'année précédente, le conseil d'administration a exercé une vigilance accrue sur la situation de crise afin d'en assurer le contrôle et d'en arriver à une solution. Rappelons que cette situation de crise impliquait principalement les corps médicaux de l'Hôpital de Lachine et de l'Hôpital de LaSalle. Après plusieurs tentatives de rapprochement et de nombreuses discussions, une demande a été formulée et acceptée visant la cession des actifs, des immobilisations et des activités de l'Hôpital de Lachine et du Centre d'hébergement Camille-Lefebvre au Centre universitaire de santé McGill. Les discussions ont impliqué l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, le Centre universitaire de santé McGill et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Cette décision met fin à une longue période d'incertitude de sorte que les énergies du conseil d'administration et des gestionnaires seront désormais consacrées à servir la population et à l'avancement des dossiers du CSSS. Au cours de la prochaine année, il faudra recentrer le CSSS sur sa mission et confirmer notre positionnement stratégique. Comme cette réorientation a obtenu un large consensus favorable, nous avons la certitude que le personnel et les médecins vont s'engager dans le même sens. Par ailleurs, il convient de souligner les travaux complexes requis pour actualiser cette décision.

### Un mot sur les défis majeurs que nous nous étions donnés pour l'année 2007-2008

Nous avons poursuivi ou accentué la consolidation de certains programmes dans le but de mieux répondre aux besoins de la population et favoriser le développement des services requis. À cette fin, nous avons revu la structure de gestion et certaines modifications seront suggérées au début de l'année 2008-2009 visant à atteindre les objectifs poursuivis par la mise en place du CSSS.

En ce qui a trait à la mise en place ou la promotion des GMF ou cliniques réseaux, il y a eu accréditation d'une GMF, soit le Groupe de médecine de famille de Dorval.

Nous avons accordé une attention toute particulière à la gestion des listes d'attente et les résultats obtenus témoignent des efforts qui ont été consentis.

En matière de prévention des infections, nous nous sommes assurés qu'il y ait un suivi aux recommandations découlant des rapports reçus. Nous avons repositionné la responsabilité du comité de prévention des infections sous la direction générale et avons exprimé nos attentes relativement à la mise en place d'un programme cadre dans la perspective CSSS.

Nous partageons les objectifs du ministère de la Santé et des Services sociaux quant à l'amélioration de l'accessibilité à ces services. En ce sens, nous avons adopté une résolution faisant état de l'importance que nous accordons à ce dossier et demandant à la direction de l'établissement de mettre en place les dispositions permettant d'atteindre les objectifs escomptés. Après plusieurs semaines de préparation, nous avons assuré la reprise des activités ambulancières à l'Hôpital de Lachine. Un suivi rigoureux de cette reprise nous confirme qu'il s'agit d'une opération qui s'est déroulée avec succès. À l'Hôpital de LaSalle, nous avons observé un redressement et une amélioration de la situation au cours des derniers mois de l'année.

### Un mot sur les défis majeurs qui nous attendent au cours de l'année 2008-2009

Nous allons devoir confirmer le positionnement stratégique du CSSS en considération de la nouvelle réalité et assurer l'élaboration d'un plan directeur clinique sur un horizon de 5 à 10 ans. En ce qui a trait à l'Hôpital de LaSalle, nous désirons nous doter d'un plan directeur immobilier qui permettra à cette organisation de s'assurer d'avoir les installations requises pour répondre aux besoins actuels et futurs qui seront exprimés par la population.

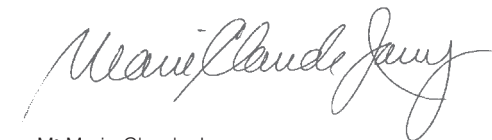
Nous allons nous assurer que soit poursuivi le développement des projets cliniques. À cette fin, nous avons mis en place un comité qui assurera une vigilance à cet égard et à l'égard des autres dossiers d'ordre clinique.

Étant conscients de la pénurie de main-d'œuvre qui est très présente, de ses impacts sur l'organisation et de notre capacité à maintenir les services, nous allons nous assurer que la direction des ressources humaines poursuive son travail dans le but de soutenir l'organisation en matière de révision de son modèle d'organisation et de ses processus. La direction des ressources humaines aura à poursuivre ses efforts en matière de dotation et d'avancement de son plan de main-d'œuvre. Pour nous assurer de l'avancement de ces dossiers, nous avons mis en place un comité de gestion des ressources humaines.

Le repositionnement du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle nous amène également à revoir l'organisation de notre service informatique et des technologies de l'information. Comme ce service s'est développé dans les installations de l'Hôpital de Lachine, il faudra procéder à la réorganisation de ce secteur d'activités de sorte que des investissements et des travaux importants seront requis.

Comme pour l'année qui se termine, l'enjeu économique demeure une priorité du conseil d'administration. Un effort important a été consenti par l'organisation au cours de la présente année et a permis, d'une part, de réduire la cible déficitaire anticipée et d'autre part, d'atteindre des niveaux de performance cibles dans la plupart des secteurs d'activités. La politique et le processus budgétaire adoptés au cours de l'année ont produit les résultats escomptés et nous observons un virage positif en matière de gestion rigoureuse des ressources. La direction a mis en place un comité de budget qui se réunit périodiquement améliorant ainsi le suivi de la gestion financière et favorisant l'application de solutions rapides, le cas échéant.

En terminant, les membres du conseil d'administration souhaitent remercier la direction, les cadres intermédiaires, les employés, les médecins et les bénévoles qui travaillent quotidiennement à bien répondre aux besoins exprimés par la population. Nos employés et nos médecins, nous le reconnaissons, ont œuvré dans un contexte difficile et malgré cela, sont demeurés soucieux de maintenir un travail de qualité et nous tenons à exprimer notre très grande appréciation et à les assurer de notre soutien en tout temps.



M<sup>e</sup> Marie-Claude Jarry  
Présidente du conseil d'administration



# 1. LA PRÉSENTATION DE L'ORGANISATION

PROJETS CLINIQUES

Oncologie et soins palliatifs - Services posthospitaliers - Maladies chroniques

## 1.1 UNE MISSION UNIQUE

Le CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle est formé de l'Hôpital de Lachine, de l'Hôpital de LaSalle, du CLSC de Dorval-Lachine, du CLSC de LaSalle, du Centre d'hébergement de Dorval, du Centre d'hébergement Nazaire-Piché, du Centre d'hébergement de LaSalle, du Centre d'hébergement de Lachine et du Centre d'hébergement Camille-Lefebvre. La raison d'être du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle lui est dictée par la Loi sur les services de santé et les services sociaux que nous résumons en quatre grands volets :

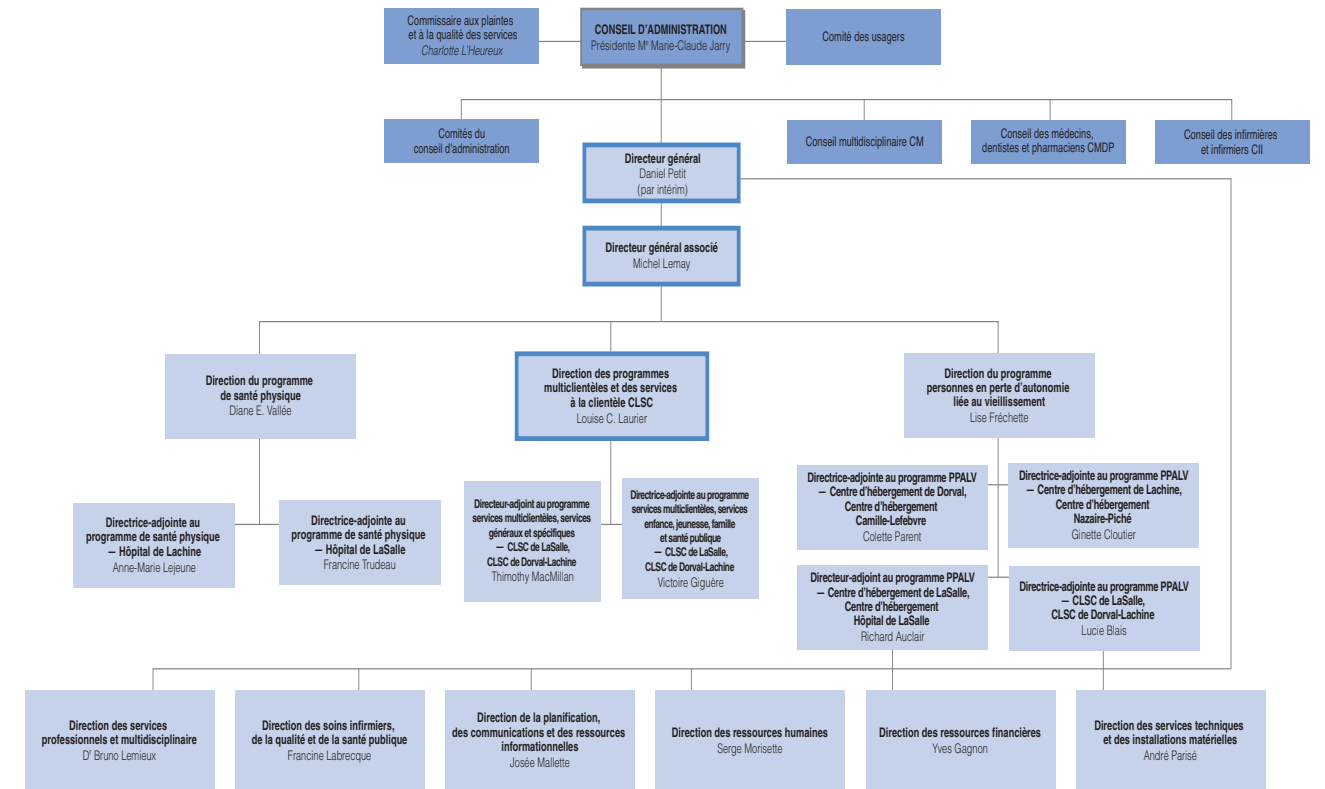
- Connaître l'état de santé et de bien-être de la population de son territoire et assurer le leadership des actions visant à améliorer l'efficacité du système et l'état de santé de la population.
- Gérer et coordonner l'utilisation des services généraux et spécialisés mis à la disposition de la population de son territoire et prendre les mesures appropriées afin de prendre en charge, d'accompagner et de soutenir les usagers de façon à assurer la continuité entre les différents épisodes de soins requis à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux.
- Gérer de façon optimale la gamme des services qui y sont offerts en s'assurant de leur efficacité, de leur efficience, de leur pertinence et de leur adaptation aux attentes des usagers et aux besoins de la population.
- Informer la population, la consulter, la mettre à contribution et connaître sa satisfaction à l'égard des services offerts et des résultats obtenus.

Pour accomplir sa mission, le CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle compte sur la collaboration de ses partenaires locaux, notamment les cliniques médicales privées, les pharmacies, les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale ainsi que les établissements à vocation régionale et sous-régionale. À cet égard, il doit assumer un leadership et assurer la mise en place du réseau local et convenir des ententes requises.

## 1.2 STRUCTURE DE L'ORGANISATION

### L'organigramme

#### Encadrement supérieur



## L'FFECTIF MÉDICAL

Établissement	Spécialité	Effectifs en place	PREM 2008	Postes disponibles
CSSS DE DORVAL-LACHINE-LASALLE	allergie-immunologie	1	1	0
	anatomo-pathologie	1	2	1
	anesthésiologie	5	6	1
	cardiologie	1	1	0
	chirurgie générale	7	7	0
	chirurgie orthopédique	4	4	0
	gastro-entérologie	3	3	1
	médecine interne	6	6	0
	microbiologie	1	1	0
	neurologie	1	1	0
	obstétrique-gynécologie	10	10	0
	ophtalmologie	3	3	0
	oto-rhino-laryngologie	2	2	0
	pédiatrie générale	3	3	0
	physiatrie	1	1	0
	psychiatrie adulte	1	1	0
	radiologie diagnostique	4	5	1
urologie	1	2	1	
<b>TOTAL</b>		<b>51</b>	<b>59</b>	<b>8</b>

## MEMBRES ACTIFS

Hôpital de LaSalle		CLSC de LaSalle / Centre d'hébergement de LaSalle	
spécialistes	41	omnipraticiens	6
omnipraticiens	42		

Hôpital de Lachine		CLSC de Dorval-Lachine / Centres d'hébergement de Lachine	
spécialistes	34	omnipraticiens	17
omnipraticiens	24		

## 2. LE RAPPORT DES ACTIVITÉS

### PROJETS CLINIQUES

Jeunes en difficulté - Dépendances - Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

## 2.1 AFFAIRES GÉNÉRALES

### Ententes de gestion et d'imputabilité

Le conseil d'administration a entériné l'entente de gestion et d'imputabilité convenue avec l'Agence de la santé et des services sociaux pour l'année 2007-2008.

Cette entente précise les engagements réciproques, conformément à l'article 182.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, et ce, en vue d'améliorer l'efficacité du système et d'adapter l'offre de services à la population. Au chapitre 3 du présent document, le CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle présente un tableau résumant le suivi de l'entente de gestion.

### Projet clinique

Les objectifs du projet clinique sont nés de la réforme du réseau de la santé et des services sociaux de 2004. Neuf tables de travail ont été créées dans les secteurs suivants, et ce, en lien avec les problématiques présentes dans la population, soit oncologie et soins palliatifs, santé mentale, jeunes en difficulté, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, dépendances, déficience physique, maladies chroniques, services posthospitaliers ainsi que personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.

L'objectif principal de ces tables sectorielles est d'assurer l'arrimage des interventions entre les différents acteurs et de revoir certaines façons de faire dans le CSSS et avec les acteurs externes, dans le but ultime de mieux répondre aux besoins de la population.

Chaque table de travail a poursuivi la mise en place de son plan d'action. Le personnel, les médecins, les gestionnaires et les partenaires qui ont participé aux tables soulignent la richesse de cette démarche.

### Protocoles et ententes de service

Le CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle peut et doit convenir de protocoles et d'ententes de services avec ses partenaires afin de compléter sa propre gamme de services ou d'aider les partenaires à atteindre la leur.

Dans ce contexte, nous avons convenu des ententes et protocoles suivants :

- Un protocole entre le CLSC de Dorval-Lachine et le CPE de Lachine « Jardin des frimousses » a été établi afin d'assurer l'accès à des places réservées aux enfants qui nécessitent une attention particulière.
- Un protocole entre le CLSC de Dorval-Lachine et la Garderie Cri-Cri a été établi, afin d'assurer l'accès à des places réservées aux enfants qui nécessitent une attention particulière.
- Une entente de corridor de services a été signée entre les CLSC de Dorval-Lachine, le CLSC de LaSalle et le Centre médical pour enfants de LaSalle afin de référer des enfants de moins de 12 ans avec des problèmes de santé et sans médecin de famille.
- Une entente de collaboration a été signée avec le cégep André-Laurendeau pour améliorer l'accessibilité aux services suivants : clinique jeunesse, jeune adulte, accueil psychosocial.

## 2.2 ACTIVITÉS D'APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ

### Gestion des risques et sécurité des soins et des services

Le Conseil d'administration a approuvé une politique de divulgation de tous les accidents concernant un usager. En décembre 2007, les équipes de soins sur les trois quarts de travail (jour, soir, nuit) ont suivi une formation pour assurer la mise en place adéquate de cette politique.

Une politique et une procédure de protection des effets personnels des usagers ont été élaborées et adoptées au comité de direction. Elles visent à uniformiser la marche à suivre lors de la réclamation des usagers ou des résidents et à faciliter le travail des intervenants agissant dans les dossiers de perte ou de bris d'objet.

Le CSSS reconnaît l'importance des événements sentinelles qui sont des événements malencontreux survenant à l'occasion et qui peuvent devenir répétitifs. Des tableaux explicatifs et des recommandations ont été émis pour neuf événements sentinelles.

### Agrément

Le 4 février 2008, le CSSS recevait les représentants du Conseil canadien d'agrément des soins de santé (CCASS), et ce, dans le cadre de la démarche d'accréditation. Les visiteurs ont procédé à l'évaluation de l'organisation des services et de la qualité des soins offerts. Les secteurs supports ont aussi été évalués lors de cette visite.

Rappelons que 75 rencontres d'information et de suivi ont eu lieu au cours de l'année en vue de cette visite. Plus de 500 personnes ont été rencontrées et informées du processus d'agrément. Au total, 848 questionnaires ont été remplis et 27 plans d'amélioration de la qualité ont été établis dans le cadre de cette visite.

Le rapport est attendu au début de l'année 2008-2009.

## 2.3 SOINS ET SERVICES À LA POPULATION

### Suivi du plan de mise en œuvre des projets cliniques de l'année 2007-2008

*Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV)*

Le CSSS a élaboré des ententes pour établir des corridors de services posthospitaliers en réadaptation et mis en place, avec la collaboration de la Direction du programme de santé physique et de la Direction des programmes multicientèles, un guichet d'accès unique qui permet à la clientèle d'accéder rapidement à des soins de réadaptation dans le CSSS.

*Santé mentale*

La table de travail en santé mentale a atteint ses cibles relatives à la flexibilité et à l'accessibilité des services d'accueil et d'évaluation. Le temps d'attente qui était de quatre à six semaines a été réduit à deux semaines. Cette table avait aussi comme mandat de recommander des ententes et des contrats de service avec les organismes qui offrent une large gamme de services de crise.

Un projet pilote « Soins partagés » en santé mentale entre le CSSS et l'Institut universitaire en santé mentale Douglas a été mis en place en décembre dernier. Ce projet vise à soutenir la pratique

des médecins généralistes dans la communauté et à faciliter le transfert de la clientèle de santé mentale dite stabilisée, de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas vers le CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle qui offre les services de première ligne.

Une « table clientèle » pour les jeunes avec des problèmes de santé mentale a été mise sur pied. Les objectifs poursuivis sont l'arrimage des services, la planification de la formation, les discussions cliniques sur les dossiers complexes ainsi que le passage continu de la clientèle d'un service vers un autre.

*Oncologie et soins palliatifs*

Le CSSS a fait connaître le rôle de l'infirmière pivot aux équipes soignantes. Celui-ci consiste à prendre en charge la clientèle dès l'annonce du diagnostic de cancer. Nous remarquons une augmentation du suivi de 10 % de la clientèle par rapport à 2006-2007.

Le CSSS a mis en place un plan d'action en oncologie, en lien avec le programme québécois de lutte contre le cancer. L'accent a été mis sur la sensibilisation au programme québécois de dépistage du cancer du sein. D'ailleurs, le conseil d'administration a adopté une résolution attestant de la priorité qu'il accorde à ce dossier.

Une augmentation de 7 % a été observée quant aux interventions individuelles concernant le programme de cessation tabagique.

*Services posthospitaliers*

Un modèle d'organisation des « Services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive en interne et soins subaigus », a été développé par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Ce modèle vise à offrir des services de réadaptation en centre hospitalier et à donner les services appropriés lorsqu'une période de convalescence est nécessaire, en centre d'hébergement de réadaptation, suite à une hospitalisation.

En suivi, le CSSS a procédé à la nomination du responsable de ce dossier sous la direction du programme des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV). Le rôle de ce dernier est d'assurer la communication entre l'Agence et le CSSS ainsi que de maintenir le corridor de services en réadaptation présent avec le Centre d'hébergement de réadaptation Lindsay et avec le Centre d'hébergement de réadaptation Julius Richardson.

### *Jeunes en difficulté*

Le CSSS a réduit le temps d'attente à l'accueil psychosocial du CLSC de LaSalle qui était de six semaines à une semaine. Nous avons maintenu l'absence de délai au CLSC de Dorval-Lachine.

Deux projets promoteurs d'intervention en négligence envers les enfants ont été mis sur pied, soit « Le programme de la Duff Court » et le projet « LaSalle Community Prevention Project ». Ces deux projets s'adressent à la communauté anglophone et ils sont réalisés en partenariat avec les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw et avec les organismes communautaires du territoire.

Plus de 102 intervenants du CSSS ont reçu une formation pour l'application de la nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse.

Dans le but de maintenir la qualité et la continuité des services, le CSSS a offert aux intervenants du programme Jeunes en difficulté des activités de supervision professionnelle en groupe ou individuelles ainsi que des activités de coordination cliniques, tel que le support à la qualité des interventions et au plan d'intervention.

### *Déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED)*

Les enfants ayant un retard global de développement, de déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement ont maintenant accès à un programme spécialisé de stimulation précoce lorsqu'ils sont en attente d'un diagnostic ou en attente de services spécialisés dans les centres de réadaptation en DI-TED.

Ce programme a permis l'embauche de deux intervenantes spécialisées en psychoéducation. Leur rôle est d'offrir aux familles, dans l'attente de services spécialisés, un programme de stimulation précoce à domicile et au besoin, du soutien éducatif aux familles. Pour les enfants, les activités de stimulation à domicile vise à travailler la motricité globale et fine, le langage et l'intégration neurosensorielle. D'autre part, le soutien éducatif aux familles permet aux parents de briser l'isolement et d'outiller ces derniers en ce qui a trait à la stimulation précoce.

### *Maladies chroniques*

La prise en charge des maladies chroniques a retenu notre attention et nous avons créé une table de travail composée d'intervenants, de médecins, d'organismes communautaires et de la population. Cette table a ciblé deux objectifs : mettre en place un continuum de services pour la clientèle diabétique du CSSS et créer une équipe, regroupant des collaborateurs de différents milieux, pour la prise en charge de la clientèle avec une maladie chronique à risque.

### *Dépendances*

Une formation sur l'utilisation d'un outil d'évaluation concernant les problèmes de toxicomanie chez les adolescents a été offerte aux intervenants qui œuvrent auprès de ceux-ci. Cet outil permet de diriger plus rapidement cette clientèle vers les services appropriés. Plus de 80 % des intervenants du CLSC de Dorval-Lachine et du CLSC de LaSalle ont assisté à cette formation.

### **Soutien à domicile**

Compte tenu de la hausse de la clientèle, le soutien à domicile a maintenu le cap dans la réorganisation et l'harmonisation de ses services. Bien que des améliorations aient été apportées, nous avons dû instaurer une liste d'attente concernant les demandes en « aide à domicile ».

Le CSSS a participé à la réflexion entourant la création de nouvelles procédures cliniques concernant la gestion de cas, la mise en place d'un guichet unique d'accès pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV) ainsi qu'à l'élaboration de critères d'accès et de priorisation avec les 12 CSSS de l'île de Montréal.

Depuis décembre 2007, l'outil informationnel Système de mesure d'autonomie fonctionnelle (E-SMAF) est intégré et disponible aux intervenants en soutien à domicile du CLSC de Dorval-Lachine et du CLSC de LaSalle. Ce système d'information vise à améliorer l'orientation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV) vers les ressources appropriées à leurs besoins.

Le CSSS a produit un cadre de référence « Proches aidants » afin de favoriser le maintien à domicile. Les avantages du cadre de référence s'expliquent à travers la participation des proches aidants aux ateliers offerts ayant pour thème, entre autres, la motivation, la culpabilité ainsi que la protection de la santé. Ces activités sont actuellement organisées pour une durée de 12 semaines et à l'intérieur de celles-ci, des proches aidants de Dorval, Lachine et LaSalle y sont regroupés.

Le cadre de référence a favorisé la révision de certaines façons de faire, par exemple, l'ouverture de dossier pour chaque proche aidant ainsi que des suivis psychosociaux mieux adaptés à leur besoins. Le CSSS s'est également doté d'outils plus élaborés afin d'évaluer et d'analyser la situation des proches aidants. Parmi ceux-ci, nous retrouvons *l'Inventaire de Zarit*, qui permet de mesurer le degré d'épuisement des proches aidants.

### **Hébergement**

Le CSSS a poursuivi la mise en œuvre du concept milieu de vie en formant un comité « milieu de vie » dans chaque centre d'hébergement.

Cette année, la semaine « milieu de vie » s'est déroulée sous le thème « Le milieu de vie : je m'y engage ». Pour l'occasion, le CSSS a présenté les résultats du sondage sur l'évaluation de la qualité du milieu de vie en hébergement. Notons que, lors de cette activité, il y a eu rappel de la politique sur le signalement des comportements jugés inacceptables.

La direction du programme de personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV) a collaboré à la mise en place du plan d'action régional de gestion intégrée des salles d'urgence proposé par l'Agence de la santé et des services sociaux. Parmi les objectifs atteints, nous soulignons une diminution de cinq jours à deux jours du délai d'accès à l'hébergement, la mise en place d'un poste d'infirmière réseau, qui fait le lien entre l'utilisateur et les intervenants du CSSS puis, la création d'une équipe dédiée au dépistage des personnes vulnérables.

Dans le cadre du plan d'action régional, nous avons poursuivi le développement des ressources intermédiaires. Ainsi, 52 places ont été créées en hébergement, soit 27 aux Floralies LaSalle et 25 aux Floralies Lachine.

En collaboration avec l'Agence, le CSSS a effectué une enquête de satisfaction auprès des résidents en centres d'hébergement, des usagers du soutien à domicile du CLSC de Dorval-Lachine et du CLSC de LaSalle ainsi que de leurs proches aidants. Pour le CSSS, les trois populations à l'étude, toutes catégories confondues, se disent très satisfaite à 75 %.

### **Services généraux**

Dans le but d'augmenter la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, le CSSS a offert à la clientèle du CLSC de Dorval-Lachine des ateliers sur le diabète et des ateliers pour les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC).

À la clinique ambulatoire du CLSC de LaSalle, 11 203 interventions ont été effectuées, comparativement à 12 735 interventions l'an dernier. Une portion de cette baisse est attribuée aux clients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous. Le CLSC de LaSalle travaille sur l'amélioration du suivi de la clientèle par des relances téléphoniques visant à confirmer les rendez-vous de vaccination, les rendez-vous de formation, et les rendez-vous des traitements.

Les processus de traitement et d'acheminement des demandes au Soutien à domicile (SAD) du CLSC de Dorval-Lachine ont été réorganisés. Au CLSC de Dorval-Lachine, l'accueil centralisé a traité 2 294 demandes cette année comparativement à 1 757 demandes en 2006-2007, ce qui représente une hausse de 20 % des activités. Au CLSC de LaSalle, 2 311 demandes ont été traitées, comparativement à 1 861 demandes. Une hausse de 20 % des activités a été observée.

Lors de la campagne de vaccination 2007-2008, le CSSS a uniformisé les pratiques du CLSC de LaSalle et du CLSC de Dorval-Lachine. La documentation, les formulaires et les documents internes pour le fonctionnement des cliniques ont été standardisés. La campagne s'est effectuée conjointement entre les deux CLSC et le CSSS a vacciné 4 117 usagers à Dorval-Lachine et 3 805 usagers à LaSalle.

Une hausse de 40 % de la clientèle a été observé en ce qui a trait aux interventions psychosociales.

### **Services Enfance-Famille-Jeunesse**

Des efforts ont été réalisés par le CLSC de Dorval-Lachine et par le CLSC de LaSalle pour réduire le délai d'attente afin d'obtenir un rendez-vous en vaccination pour les nourrissons. Le temps d'attente qui était de six à huit semaines en 2006-2007 a été éliminé.

En novembre 2007, les infirmières du CSSS ont été formées en « initiation à la contraception ». Suite à cette formation, l'infirmière peut communiquer de l'information concernant les produits de contraception et leurs effets possibles sur la santé des femmes. Et, depuis février 2008, les infirmières posent l'acte de prescrire des contraceptifs oraux, autorisé par la Loi 90. Elles sont autorisées à effectuer et à ajuster les traitements médicaux, à administrer des médicaments ou d'autres substances, selon une ordonnance. Cela permet à une infirmière d'intervenir auprès de femmes âgées de 14 à 35 ans en bonne santé, qui n'ont pas accès à un contraceptif.

En mai 2007, la Direction de la santé publique de Montréal (DSP) a donné une formation aux infirmières concernant le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). La formation visait à mettre à jour les connaissances spécifiques sur les ITSS en vue d'améliorer l'intervention en dépistage, tels que le « counselling » et la vaccination.

### Service d'action communautaire

Le CSSS a offert son soutien à la création d'une Maison des jeunes à LaSalle, aux Jardins collectifs dans le quartier Saint-Pierre et au projet d'un lieu communautaire de type « maison de quartier » à LaSalle. Il a aussi participé à une étude pour l'implantation d'un centre alimentaire dans le quartier Saint-Pierre.

Les tables de concertation jeunesse regroupant des intervenants de plusieurs milieux se sont mobilisées pour soutenir le CSSS dans l'approche « Écoles et milieux en santé » qui consiste à favoriser la réussite éducative.

### Services hospitaliers

Le 7 janvier 2007, l'Hôpital de Lachine a accueilli de nouveau les ambulances. Au terme de plusieurs mois d'efforts et plusieurs semaines de préparation, le retour des ambulances s'est fait de manière progressive. Un comité a été mis en place pour assurer le suivi. Cette opération a été couronnée de succès.

L'Unité familiale des naissances a accueilli plus de 3 230 nouveaux poupons, une augmentation de 20 % par rapport à 2006-2007.

### Santé publique

Un Centre d'éducation à la santé (CES) a été mis en fonction pour la population de Dorval, Lachine et LaSalle.

Le Centre d'abandon du tabac a ouvert un deuxième point de service au CLSC de Dorval-Lachine afin de répondre à la clientèle de ce territoire.

Des rencontres de sensibilisation au dépistage du cancer du sein ont eu lieu à Dorval, Lachine, LaSalle pour inciter les femmes à passer un test de dépistage.

En vue de devenir un CSSS « Amis des bébés » plusieurs actions ont été entreprises de sorte que la plupart des conditions préalables ont été remplies. Notons que ces actions doivent favoriser et faire la promotion de l'allaitement maternel. Pour préparer la demande d'accréditation, le conseil d'administration a adopté une politique d'allaitement maternel.

En vue de préparer le CSSS à faire face à une éventuelle pandémie, un document de référence a été rédigé et diffusé dans les directions.

Le « système de garde des mesures d'urgence » a été modifié de sorte qu'un cadre du CSSS est maintenant disponible 24h/24, 7 jours sur 7 pour l'ensemble de l'organisation. Cette garde est mise en place pour assurer une prise en charge rapide des sinistres dans notre organisation ou sur notre territoire.

## 2.4 RESSOURCES INFORMATIONNELLES ET SERVICES INFORMATIQUES

Les ressources informationnelles ont consacré beaucoup d'efforts à la mise en place des 15 mesures de sécurité et au dossier de la catégorisation des actifs informationnels. Il est important de noter que la gestion des actifs informationnels tient compte des aspects tant juridiques, organisationnels, humains que techniques. Les travaux ont permis de réaliser les mesures obligatoires du Cadre global de gestion des actifs informationnels - volet sécurité afin de mieux protéger toute information traitée électroniquement et/ou conservée sur papier.

Par l'implication soutenue des directions, le CSSS a pu identifier les besoins du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle à l'égard de l'usage et du traitement de l'information. En conséquence, le CSSS a pu assurer la disponibilité, l'intégrité et la confidentialité des données de même que l'authentification des accès. En parallèle, le CSSS a mis en place un programme continu de sensibilisation et de formation sur la sécurité de l'information. Ce programme avait pour but de rappeler aux utilisateurs l'importance du respect des mesures de sécurité et des différents codes de conduite concernant l'utilisation et la gestion des technologies de l'information et des télécommunications.

Afin de permettre au conseil d'administration du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle de suivre l'évolution des activités et des services offerts par les différentes directions, un nouvel outil a été créé, soit le tableau de bord « conseil d'administration ». Ce nouvel outil est récent et en évolution. Le CSSS pourra perfectionner les indicateurs au cours de la prochaine année afin de s'assurer de sa pertinence.

## 2.5 COMMUNICATIONS

En 2007-2008, l'équipe des communications a travaillé en collaboration avec plusieurs directions et services afin d'établir leur plan de communication, de soutenir leurs stratégies et de réaliser leurs activités au sein du CSSS. À titre d'exemple, mentionnons le plan de communication concernant le transfert de la santé mentale, le plan de communication concernant le climat de travail et le plan de communication concernant le développement durable.

Afin de créer des liens avec la communauté, l'équipe des communications a développé un plan de communication composé de trois objectifs : promouvoir, éduquer et sensibiliser la population et accroître la visibilité du CSSS.

- Le premier objectif visait à faire la promotion des services offerts par la publication d'articles dans les journaux locaux. Parmi ceux-ci, notons les ateliers sur les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) et sur le diabète.
- Le deuxième objectif consistait à éduquer et à sensibiliser la population à l'aide de « capsules d'information ». Parmi celles publiées, nous retrouvons le programme sur la récupération des seringues souillées et des aiguilles usagées, le mandat du Comité des usagers dans le CSSS, la prévention de la chaleur accablante et l'importance de la vaccination.
- Le troisième objectif poursuivi par le plan était celui d'augmenter la visibilité du CSSS. Pour ce faire, l'équipe des communications a annoncé divers événements dans les journaux locaux tels que les lancements du cadre de référence du programme de soutien aux proches aidants, du centre d'éducation à la santé et de la politique d'allaitement.

Le CSSS a poursuivi l'harmonisation de l'image de l'établissement, avec entre autres le comité des usagers, par l'avancement du projet d'uniformisation des outils de communication tels que dépliants, affiches et pochettes. De plus, l'équipe a développé de nouveaux outils pour soutenir la promotion de la politique d'allaitement maternel, tel qu'un dépliant pour la clientèle, un guide pour le personnel, une affiche ainsi qu'un signet.



### 3. LES RESSOURCES HUMAINES

PROJETS CLINIQUES

Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement - Santé mentale - Déficience physique

### 3.0 LES RESSOURCES HUMAINES

La direction des ressources humaines couvrent les secteurs de dotation, formation, rémunération, avantages sociaux, relations de travail et la santé et sécurité du travail.

En novembre 2007, afin de maximiser la disponibilité du personnel du CSSS, le service de la santé et sécurité du travail a procédé à la mise en place d'un plan complet d'actions pour améliorer la présence au travail. En janvier 2008, une première démarche s'est traduite par une formation pour l'ensemble des gestionnaires afin de présenter les enjeux et les actions stratégiques à poser.

À l'hiver 2007, un plan d'action a été déployé pour la planification stratégique de la main-d'œuvre. Ce plan consistait à la révision de sa structure afin de dédier une équipe spécifiquement à la planification, à l'attraction et à la rétention du personnel.

Pour contrer la pénurie du personnel infirmier, le CSSS a mis en place trois équipes de travail : médecine-chirurgie à l'Hôpital de LaSalle, médecine-chirurgie et l'équipe des cliniques externes à l'Hôpital de Lachine. Un plan d'action a été élaboré et il vise l'intégration d'infirmières auxiliaires au cours de l'an prochain.

Le CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle a poursuivi ses travaux pour l'informatisation des horaires de travail et l'implantation de la feuille de temps électronique.

En février 2008, des travaux ont été amorcés afin de procéder au développement, en 2009, d'une équipe de gestion des listes de rappel centralisées, ce qui permettra une utilisation plus efficace des ressources humaines disponibles.

L'année 2007-2008 s'est soldée par la conclusion des négociations locales avec nos partenaires syndicaux, permettant ainsi à l'établissement de se doter de conditions de travail mieux adaptées au personnel.

#### Mouvements de la main-d'œuvre en 2007-2008

Cadres temps complet	91
Cadre temps partiel	34
Personnel régulier à temps complet	1 024
Personnel régulier à temps partiel	715
Personnel temps partiel occasionnel	635
Nouvelles embauches (infirmiers, infirmières)	44
Départs (infirmiers, infirmières)	73
Nouvelles embauches (autres)	346
Départs (autres)	362

#### Investissements en orientations et formation du personnel (2007-2008)

Orientations : 25 380 heures	547 600 \$
Formation : 18 869 heures	640 878 \$



## 4. LE SUIVI DES ATTENTES ADMINISTRATIVES ET DES ENTENTES DE GESTION

RÉALISATION

Agrément

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	PARAMÈTRES OU PRÉCISIONS	DOCUMENT REQUIS	RÉSULTAT	COMMENTAIRES
<b>AU PLAN DES PROGRAMMES SERVICES</b>					
<b>SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE</b>					
Développer un plan de communication auprès des populations locales, pour favoriser les liens avec les médecins de famille pour les personnes qui cherchent un médecin omnipraticien.	Plan local de communication			<i>Non amorcé</i>	
<b>PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT</b>					
Poursuivre l'implantation du concept « Milieu de vie »	Dépôt du rapport d'étape sur l'implantation du concept de « Milieu de vie »	<p>Le rapport d'étape doit préciser les mesures mises en place parmi les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Plan d'action (Le cadre de référence a été revu et corrigé en mars 2008)</li> <li>Mécanisme d'évaluation de la satisfaction</li> <li>Intervenant accompagnateur</li> </ul>	Rapport d'étape	<p><i>Réalisé</i></p> <p><i>Réalisé</i></p> <p><i>Réalisé</i></p> <p><i>Réalisé</i></p> <p><i>Réalisé</i></p> <p><i>Réalisé</i></p> <p><i>Réalisé</i></p>	<p>Nombre de CHSLD ayant mis en place le concept de « Milieu de vie » : Tous les sites 6.</p> <p>Mise en place du comité « Milieu de vie » dans chacun des sites, semaine annuelle et activités particulières dans chacun des sites.</p> <p>Deux sessions de formation dispensées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Code d'éthique</li> <li>Famille et milieu de vie</li> </ul> <p>Préciser le portrait de l'installation en ce qui concerne les éléments positifs et ceux à améliorer et identifier les priorités (2) et ce en fonction du rapport d'évaluation sur la qualité du milieu de vie en hébergement (rapport Lynne Desmarais) et du sondage effectué par l'Agence.</p> <p>Une évaluation sur la qualité du milieu de vie en hébergement a été réalisée dans les sites de longue durée.</p> <p>Participation au sondage de satisfaction effectué par l'Agence.</p> <p>Intégré dans la politique et procédure d'accueil de la clientèle en hébergement (tous les sites – mai 2007).</p>

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	PARAMÈTRES OU PRÉCISIONS	DOCUMENT REQUIS	RÉSULTAT	COMMENTAIRES
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Plans d'interventions individualisés</li> <li>Protocole de mesures de contrôle</li> </ul>		<p><i>En cours</i></p> <p><i>En cours</i></p> <p><i>Réalisé</i></p>	<p>Tous les résidents doivent avoir un plan d'intervention.</p> <p>Tous les plans d'intervention doivent être mis à jour régulièrement.</p> <p>Au 31 mars 2008 : 83% sont réalisés, 1% à réviser et 16% sont non faits.</p> <p>Le protocole a été harmonisé pour le CSSS en septembre 2007. Il reste à être adopté par les différentes instances (CA-CMDP-CII). Par la suite, une formation devra être donnée à tous les intervenants.</p> <p>Afin de tenir à jour le registre des contentions dans les sites, un logiciel harmonisé pour le suivi est fonctionnel dans tous les sites depuis février 2008</p>
Collaborer à l'actualisation du plan d'action sur les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement	Plan d'action et bilan portant sur la mise en place des réseaux de services intégrés	Parachèvement de la mise en place des réseaux de services intégrés		<i>Réalisé</i>	Selon les échéanciers de l'Agence, participation régulière du CSSS à travers différents comités de l'Agence pour le plan d'action et bilan régional (ex. : E-SMAF, sous comité hôpital de jour + équipe professionnelle, services post-hospitaliers, décentralisation du processus d'admission).
Collaborer, selon la mission du CSSS, à l'actualisation du plan d'action sur les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (suite)	<p>Création (ou maintien selon le cas) d'une table multisectorielle</p> <p>Dépôt du projet de développement de ressources contractuelles</p> <p>Nombre de places développées</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en place (ou maintien s'il y a lieu) de la table multisectorielle visant à contrer l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière à l'endroit des personnes âgées</li> <li>Poursuite, selon les priorités établies par l'Agence, du développement des ressources intermédiaires (RI), des ressources de type familial (RTF) et d'autres ressources alternatives d'hébergement</li> </ul>	<p>(voir tableau des tables sectorielles)</p> <p>Projet de développement</p>	<p><i>Réalisé</i></p> <p><i>Réalisé</i></p>	<p>En place depuis mars 2007 et beaucoup de dynamisme autour de cette table qui répond à un besoin du milieu.</p> <p>Nombre de places développées : 52 52 places sont actuellement développées : Floralias LaSalle (27) Floralias Lachine (25) – 31 mars 2008. 40 places prévues pour ouverture en octobre 2008. Un projet de 40 places en attente d'approbation à l'Agence.</p>

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	PARAMÈTRES OU PRÉCISIONS	DOCUMENT REQUIS	RÉSULTAT	COMMENTAIRES
	Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services	• Augmentation de l'offre de services de soutien à domicile		Réalisé	L'augmentation de l'offre de services en soutien à domicile sera mesurée à l'aide des données inscrites dans GESTRED.
	Nombre moyen d'interventions par personne	• Augmentation de l'offre de service aux proches aidants selon les orientations régionales et à partir des budgets de développement alloués à cet effet	Ci-joint programme de soutien aux proches aidants du CSSS.	Réalisé	Nombre de proches aidants desservis : 122 Précisez le type de services fournis aux proches aidants : Ci-joint programme de soutien aux proches aidants du CSSS. Dossiers ouverts en 2006-2007 = 41 Dossiers ouverts en 2007-2008 = 87
	Types de services fournis aux proches aidants				
	Nombre de proches aidants desservis				
	Déploiement de l'outil d'évaluation e-smaf	• Collaboration au déploiement de l'outil d'évaluation multiclientèle et du système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (e-smaf)		Réalisé	L'OEMC est déployé dans tout le programme PALV. L'implantation E-SMAF est terminée dans les CLSC.
				En cours	La formation et l'implantation dans les CHSLD se fait selon les échéanciers de l'Agence.

#### DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED

Rehausser l'offre de services d'intervention psychosociale pour les personnes présentant une déficience intellectuelle (DI), avec ou sans troubles envahissants du développement (TED) et leurs familles	Nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ayant reçu des services d'intervention psychosociale Nombre moyen d'interventions par usager	Clientèle DI : profil d'intervention 311 Clientèle TED : profil d'intervention 312		Réalisé	DI Nombre de personnes ayant reçu des services d'intervention psychosociale : 286 Nombre moyen d'interventions : 8,1 TED Nombre de personnes ayant reçu des services d'intervention psychosociale : 175 Nombre moyen d'interventions : 6,7
Participer aux différents modules de formation offerts par l'Agence aux CSSS, au regard de la détection et du soutien pour la clientèle TED	Nombre de personnes ayant terminé la formation sur le nombre potentiel de personnes à former			Non amorcé	Pourcentage de personnes formées : 0 % La formation n'est pas encore accessible

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	PARAMÈTRES OU PRÉCISIONS	DOCUMENT REQUIS	RÉSULTAT	COMMENTAIRES
<b>JEUNES EN DIFFICULTÉ</b>					
Poursuivre la mise en place des mesures prévues au Plan stratégique 2005-2010 du MSSS concernant les jeunes en difficulté et leur famille	Plan d'action conforme adopté par le CA Bilan des mesures mises en place	Le plan d'action doit être conforme aux orientations ministérielles énoncées dans le document de consultation : <i>Offre de services – Programme Jeunes en difficulté</i> , mai 2005 ou version plus récente	Résolution du CA de l'établissement et plan d'action Bilan des mesures mises en place	En cours En cours	Le MSSS vient tout récemment d'énoncer ses orientations dans le document « Orientations relative aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Programme Jeunes en difficultés. Offre de services 2007-2012. » Suite à ces orientations, le CSSS a élaboré un plan d'action conforme à ces orientations qui est prêt à être présenté au CA pour résolution.  Par ailleurs, un bilan des mesures réalisées à ce jour accompagne le présent plan d'action.
Collaborer à la mise en place de la nouvelle Loi de la protection de la Jeunesse	Nombre d'intervenants formés			Réalisé	Nombre d'intervenants formés : 103. 95 ont participé à la journée de sensibilisation. 6 intervenants ont eu une formation plus approfondie de 6 jours. 2 travailleurs sociaux responsables de la coordination clinique ont reçu la formation du programme national de formation. Cette formation inclut le contenu de la nouvelle loi de la P J.

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	PARAMÈTRES OU PRÉCISIONS	DOCUMENT REQUIS	RÉSULTAT	COMMENTAIRES
<b>DÉPENDANCES</b>					
Utilisation de l'outil « Dep-Ado »	Nombre d'enfants orientés à l'un des deux mécanismes d'accès			<i>En cours</i>	Nombre d'enfants orientés à l'un des deux mécanismes d'accès : 0
	Présence d'un agent de liaison pour le mécanisme d'accès			<i>Réalisé</i>	Nous n'avons pas de données à cet effet. Souvent l'ado suite à des recommandations décidera plus tard de lui-même de son orientation vers un Centre.  Dans la grande majorité des cas, les jeunes sont référés directement des écoles et des centres jeunesse vers les Centres pour toxico.  Nous attendons des clarifications de l'Agence afin d'être en mesure de distinguer l'orientation du jeune versus la référence.
	Nombre d'intervenants formés à l'outil « Dep-Ado » sur le nombre potentiel à former			<i>Réalisé</i>	Nombre d'intervenants formés sur le nombre potentiel à former : 100 %  L'outil est peu utilisé. Ce constat a été réalisé suite à un sondage auprès des services d'accueil psychosocial et cliniques jeunesse de notre CSSS. La grille ne semble pas s'intégrer facilement aux services d'accueil - évaluation.  Les Centres Dollard-Cormier et Foster ont été sensibilisés à cette réalité en février dernier soit 1 an après la formation des intervenants. Des rencontres avec les Centres Dollard-Cormier et Foster sont en cours pour trouver des pistes de solutions.  De plus l'accessibilité à ces Centres est difficile à partir de notre région.  Le CSSS a proposé de rapprocher les services en offrant un point de service sur le territoire.

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	PARAMÈTRES OU PRÉCISIONS	DOCUMENT REQUIS	RÉSULTAT	COMMENTAIRES
<b>SANTÉ MENTALE</b>					
Maintenir des mécanismes de liaison entre les services de réponse aux crises suicidaires et aux crises psychiatriques et les services de prise en charge dans la communauté	Nombre d'ententes de services signées			Ententes de services	<i>En cours</i>  Nombre d'ententes de services signées : 0  Notre CSSS en collaboration avec les partenaires de notre réseau qui ont participé à la démarche du projet clinique en santé mentale sont à compléter une entente pour assurer le suivi des personnes en état de crise suicidaire avec le centre de crise « L'Autre maison » : cette entente se nomme protocole Marco  Le service info-social sera intégré à cette démarche.  L'entente sera signée dès l'automne 2008.  De plus nous sommes à actualiser un projet pour mettre en place la fonction d'infirmière psychiatrique liaison-réseau aux urgences des hôpitaux de notre territoire, ce qui facilitera la concrétisation de l'entente.
Collaborer à la mise en œuvre du Plan d'action régional en santé mentale, incluant la participation à l'actualisation du plan stratégique visant à associer aux CSSS et à leurs partenaires les services de 1 <sup>ère</sup> ligne actuellement fournis par les CHSP ou les CHSGS ayant un département de psychiatrie	Dépôt du plan d'effectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>Collaboration à la mise en place des équipes de 1<sup>ère</sup> ligne en santé mentale pour les enfants, les jeunes et les adultes conformément au cadre de référence des équipes de santé mentale de 1<sup>ère</sup> ligne</li> <li>Élaboration du plan d'effectifs de ces équipes</li> </ul>	Plan d'effectifs	<i>Réalisé</i>	Le plan des effectifs a été déposé à l'automne 2007 à l'Agence et une copie a été transmise à l'Institut Douglas.

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	PARAMÈTRES OU PRÉCISIONS	DOCUMENT REQUIS	RÉSULTAT	COMMENTAIRES
	Réalisation d'un plan de communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>Collaboration avec les partenaires à la réalisation d'un plan de communication visant la population, les usagers et les partenaires de réseaux locaux quant à l'offre de service recommandée</li> </ul>		Réalisé	<p>Un plan de communication pour la population est prêt à être diffusé pour sensibiliser la population au PASM.</p> <p>L'Institut Douglas est à développer une approche individuelle pour informer les patients du transfert en 1<sup>ère</sup> ligne.</p> <p>Les partenaires de notre réseau local ont participé ainsi que tout le personnel et médecins impliqués de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> ligne à une demi-journée de sensibilisation en février dernier. Ils ont été informés de l'avancement des travaux pour l'implantation de la 1<sup>ère</sup> ligne.</p> <p>Nos partenaires communautaires à travers les rencontres sur le plan de mise en œuvre du projet clinique participent de façon régulière à l'avancement des travaux en lien direct avec l'implantation de la 1<sup>ère</sup> ligne.</p> <p>Notre CA est informé des travaux de réalisation de l'implantation de la phase 1.</p>
	Dépôt du programme d'accueil et de développement du personnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>Élaboration d'un programme d'accueil et de développement du personnel</li> </ul>	Programme d'accueil	Réalisé	<p>Nous avons un programme d'accueil en place qui s'adapte pour le transfert des ressources de la 2<sup>ème</sup> ligne.</p> <p>Concernant le développement du personnel, nous avons une gestionnaire déléguée qui participe au comité mis sur pied par l'Agence pour les « Les compétences personnelles, interpersonnelles et professionnelles requises au rôle d'intervenant de 1<sup>ère</sup> ligne en santé mentale au sein du CSSS ».</p>

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	PARAMÈTRES OU PRÉCISIONS	DOCUMENT REQUIS	RÉSULTAT	COMMENTAIRES
Préparer la mise en place des équipes de 1 <sup>ère</sup> ligne en santé mentale pour les enfants, les jeunes et les adultes conformément au cadre de référence des équipes de santé mentale de 1 <sup>ère</sup> ligne  (suite)	Plan de transfert établi et réalisé	<ul style="list-style-type: none"> <li>Élaboration, en collaboration avec les partenaires concernés, d'un plan de transfert des responsabilités et des patients visant à assurer la continuité des services</li> </ul>		En cours	<p>Nous avons à ce jour déterminé une première cohorte de 200 patients adultes à transférer à partir de septembre 2008.</p> <p>Par ailleurs, il y a à peine 50 % des ressources de 2<sup>ème</sup> ligne qui seront transférés vers la 1<sup>ère</sup> ligne. Dans ce contexte, nous sommes très préoccupés par la rareté des ressources psychosociales disponibles dans la région de Montréal et de notre capacité future à compléter nos équipes.</p> <p>De plus, les médecins psychiatres ne se montrent pas intéressés à prendre le rôle de « psychiatres répondants » tel que décrit par le cadre de référence.</p> <p>Un seul psychiatre est en accord pour jouer le rôle de consultant pour les cas complexes à l'équipe du guichet d'accès.</p> <p>Nous sommes à évaluer la clientèle jeune du programme en santé mentale.</p>
	Entente signée avec le ou les CH partenaire(s)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Établissement d'une entente avec le ou les CH partenaire(s) pour les services de 2<sup>e</sup> ligne en santé mentale</li> </ul>		Non amorcé	

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	PARAMÈTRES OU PRÉCISIONS	DOCUMENT REQUIS	RÉSULTAT	COMMENTAIRES
	Nombre d'omnipraticiens dans l'équipe de santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participation à la table locale du DRMG au recrutement de médecins omnipraticiens pour l'équipe de santé mentale</li> </ul>		<i>En cours</i>	<p>Nombre d'omnipraticiens dans l'équipe : 1 pour 1 jour par semaine du CLSC.</p> <p>La participation à la table du DRMG n'a pas permis le recrutement de médecins. Nous poursuivrons nos efforts en ce sens.</p> <p>Le recrutement des médecins demeure notre plus grand défi. Nous sommes à expérimenter un projet de « Soins partagés » avec 1 GMF et 2 cliniques médicales de notre territoire afin d'établir des liens de confiance et de crédibilité avec les médecins de ces cliniques. Le but étant de permettre le transfert de la clientèle stabilisée. Une équipe multidisciplinaire composée d'intervenants de 1<sup>ère</sup> et de 2<sup>ème</sup> ligne actualise ce projet.</p>
<b>SANTÉ PHYSIQUE</b>					
Poursuivre l'implantation des services intégrés pour les personnes atteintes des maladies chroniques citées aux paramètres de l'indicateur	Implantation d'un projet clinique incluant les services intégrés pour les maladies ci-contre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diabète</li> <li>Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)</li> <li>Problèmes cardiovasculaires</li> </ul>	Projet clinique	<i>En cours</i>  <i>En cours</i>  <i>En cours</i>	<p>Pourcentage de personnes formées (diabète) : 18 %</p> <p>Pourcentage de personnes formées (MPOC) : 56 %</p> <p>Pourcentage de personnes formées (cardio.) : 0 %</p>

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	PARAMÈTRES OU PRÉCISIONS	DOCUMENT REQUIS	RÉSULTAT	COMMENTAIRES
	Ratio du nombre de personnes formées pour la mise en place des services intégrés de chacune de ces maladies sur le nombre de personnes potentielles à former				<p>Services intégrés destinés aux personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) en place selon le modèle proposé.</p> <p>Les travaux du projet clinique se sont terminés en juin 2007.</p> <p>Groupe de travail mis en place en mars 2008.</p> <p>Travaux en cours en collaboration avec l'Agence pour mise en place d'un projet pour les maladies chroniques.</p> <p>Étude en cours pour un projet de suivi avec la 1<sup>ère</sup> ligne ainsi qu'un projet pour une clinique médicale de médecine à l'Hôpital de LaSalle pour un suivi des maladies chroniques.</p>
Mettre en œuvre le modèle d'organisation des services posthospitaliers selon l'échéancier et les modalités définis par l'Agence	Actualisation du plan de transition et du modèle d'organisation	Selon les consignes de l'Agence		<i>Réalisé</i>	<p>Application du modèle de l'Agence le 21 octobre 2007.</p> <p>Projet de réorganisation du travail en cours visant la mise en place d'un guichet unique d'accès à la réadaptation.</p>

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	PARAMÈTRES OU PRÉCISIONS	DOCUMENT REQUIS	RÉSULTAT	COMMENTAIRES
S'assurer, s'il y a lieu, que tout projet de maison de soins palliatifs sur son territoire, s'inscrive dans le plan régional d'organisation de services et qu'il soit relié, par entente, à un ou des réseaux locaux de services afin de faciliter la continuité et la fluidité des services	Nombre d'ententes de service signées			S/O	Aucune demande pour un projet de maison de soins palliatifs sur notre territoire. Présentement nous avons 5 lits de soins palliatifs de disponibles à l'Hôpital de Lachine.
Maximiser le retour direct à domicile de la clientèle ayant subi une chirurgie orthopédique élective du genou ou de la hanche, tel que défini dans le cadre de référence régional  (Mission CLSC)	Ratio du nombre de personnes réadaptées à domicile sur le nombre de références	• Application du cadre de référence Prothèse totale de la hanche – Prothèse totale du genou (PTH-PTG)		En cours	Ratio du nombre de personnes réadaptées à domicile sur le nombre de références : 61 %
Pour les centres désignés du Programme québécois de dépistage du cancer du sein, poursuivre la mise en place de chacune des mesures prévues au cadre de référence afin d'assurer la qualité des services	Nombre de mesures mises en place conformément au cadre de référence			Réalisé	Nombre de mesures mises en place : 100 %.  Le CDD de notre CSSS (Médicentre LaSalle) reçoit son accréditation aux trois ans au niveau fédéral et à chaque année au niveau provincial.  En 2007-2008 : Entente formelle créée avec l'Hôpital Royal-Victoria (CRID) d'où diminution des délais avec les suivis.

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	PARAMÈTRES OU PRÉCISIONS	DOCUMENT REQUIS	RÉSULTAT	COMMENTAIRES
Collaborer à la mise en œuvre du Plan d'action régional du Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC) notamment par la mise en place des services intégrés	Mise en œuvre du plan d'action local visant la mise en place des éléments notés ci-contre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Support à la mise en place des infirmières pivot en oncologie (IPO) travaillant au sein des équipes hospitalières ainsi que celles permettant une coordination territoriale des interventions de 1<sup>re</sup> ligne avec celles des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> lignes</li> <li>Mise en place des équipes interdisciplinaires conformément aux objectifs du PQLC</li> <li>Mise en place des corridors de services diagnostiques et thérapeutiques requis s'ils ne sont pas déjà disponibles sur le territoire ou au sein de l'établissement</li> <li>Contribution à la mise en place du registre informatique des tumeurs notamment pour le cancer du sein, du colon et du rectum, du poumon, de la prostate, du col et de certains cancers hématologiques</li> </ul>	Plan d'action conforme	Réalisé	<p>Infirmière pivot en oncologie en place et connue des différents intervenants des différentes missions du CSSS.</p> <p>Références et continuum de service avec la 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> ligne.</p> <p>Comme nous n'avons aucun traitement oncologique, aucune équipe interdisciplinaire de formée pour le volet oncologique. Par contre, au niveau des soins palliatifs, il existe des équipes interdisciplinaires, i.e. dans les deux CLSC et à l'Hôpital de Lachine.</p> <p>Corridors de service disponibles et utilisés surtout pour les traitements oncologiques soit avec l'Hôpital de Verdun et le CUSM.</p> <p>Validation afin d'intégrer le registre des tumeurs du RUIS McGill puisque plusieurs tests pathologiques sont faits dans leur établissement. Implantation d'un registre informatique des tumeurs à prioriser pour 2008-2009.</p>
Collaborer à la mise en œuvre du Plan d'action régional du Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC)	Mise en œuvre du plan d'action local visant la mise en place des éléments notés ci-dessus.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Création et suivi des activités du comité de coordination</li> <li>Élaboration et mise à jour du programme (projet clinique) de lutte contre le cancer</li> <li>Présence d'un comité des thérapies du cancer et des liens avec les autres établissements au besoin</li> </ul>	Voir documentation en annexe : Objectifs 2007-2008	Réalisé	<p>Rencontres ont eu lieu les 25 septembre 2007, 18 décembre 2007, 14 mars 2008 et à venir le 17 juin 2008 Comité de coordination actif : rencontres 4 fois / année et procès-verbaux disponibles</p> <p>Objectifs 2007-2008 déterminés en début d'année en lien avec le projet clinique et le PQLCC</p> <p>Approche faite auprès du RUIS McGill qui est porteur de dossier. En lien avec la télé-médecine / téléconférence.</p>

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	PARAMÈTRES OU PRÉCISIONS	DOCUMENT REQUIS	RÉSULTAT	COMMENTAIRES
Assurer la mise à jour et le suivi du plan de désengorgement des urgences	Dépôt d'un bilan des mesures implantées et des résultats	Comité présidé par le directeur médical et les services multidisciplinaires	Bilan des mesures implantées et des résultats	Réalisé	<p>Dépôt du bilan en date du 29 février 2008</p> <p>Ouverture de l'Hôpital Lachine aux ambulances le 7 janvier 2008.</p> <p>Création d'un comité où diverses directions du CSSS sont présentes telles que DSPM, PAVL et Santé physique.</p> <p>Accès des lits d'hébergement et de réadaptation plus rapide. Gestion des lits 7 jours sur 7 par le coordonnateur de l'Urgence et des lits. Rencontres hebdomadaires (équipe interdisciplinaire)</p> <p>Comité des séjours pour évaluer la durée moyenne de séjour à l'hospitalisation dont les séjours excessifs</p> <p>Utilisation du programme SISAD à l'Urgence et à l'unité d'hospitalisation.</p> <p>Plan de désengorgement de l'Urgence en place pour les deux hôpitaux.</p> <p>Comité de gestion de l'Urgence et de la gestion des lits est actif. Rencontres mensuelles de ce comité et participation des chefs médicaux et des chefs de service des secteurs concernés.</p> <p>Demande de projet d'une infirmière SISAD pour évaluer la clientèle âgée à l'Urgence.</p>
			Voir données statistiques attendues :		
			Plan d'action : gestion intégrée des services d'urgence		

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	PARAMÈTRES OU PRÉCISIONS	DOCUMENT REQUIS	RÉSULTAT	COMMENTAIRES
Collaborer au mécanisme de coordination régional des interruptions volontaires de grossesses (IVG)	<p>Nombre d'IVG effectuées chez les jeunes de moins de 18 ans selon la région de provenance</p> <p>Nombre d'IVG effectuées chez les adultes de 18 ans et plus selon la région de provenance</p> <p>Délai moyen d'attente en jours entre l'IVG et la visite pré-IVG</p>	<p>Fournir les informations requises selon les demandes de l'Agence</p> <p>Assurer l'accessibilité aux interventions volontaires de grossesses selon les cibles établies et offrir, s'il y a lieu, les augmentations de volume convenues</p>	Questionnaire rempli	En cours	<p>Nombre d'IVG effectuées chez les jeunes de moins de 18 ans selon la région de provenance : 53</p> <p>Nombre d'IVG effectuées chez les adultes de 18 ans et plus selon la région de provenance : 1773</p> <p>Délai moyen d'attente maximal en nombre de jours entre l'IVG et la visite pré-IVG : 4 jours</p>

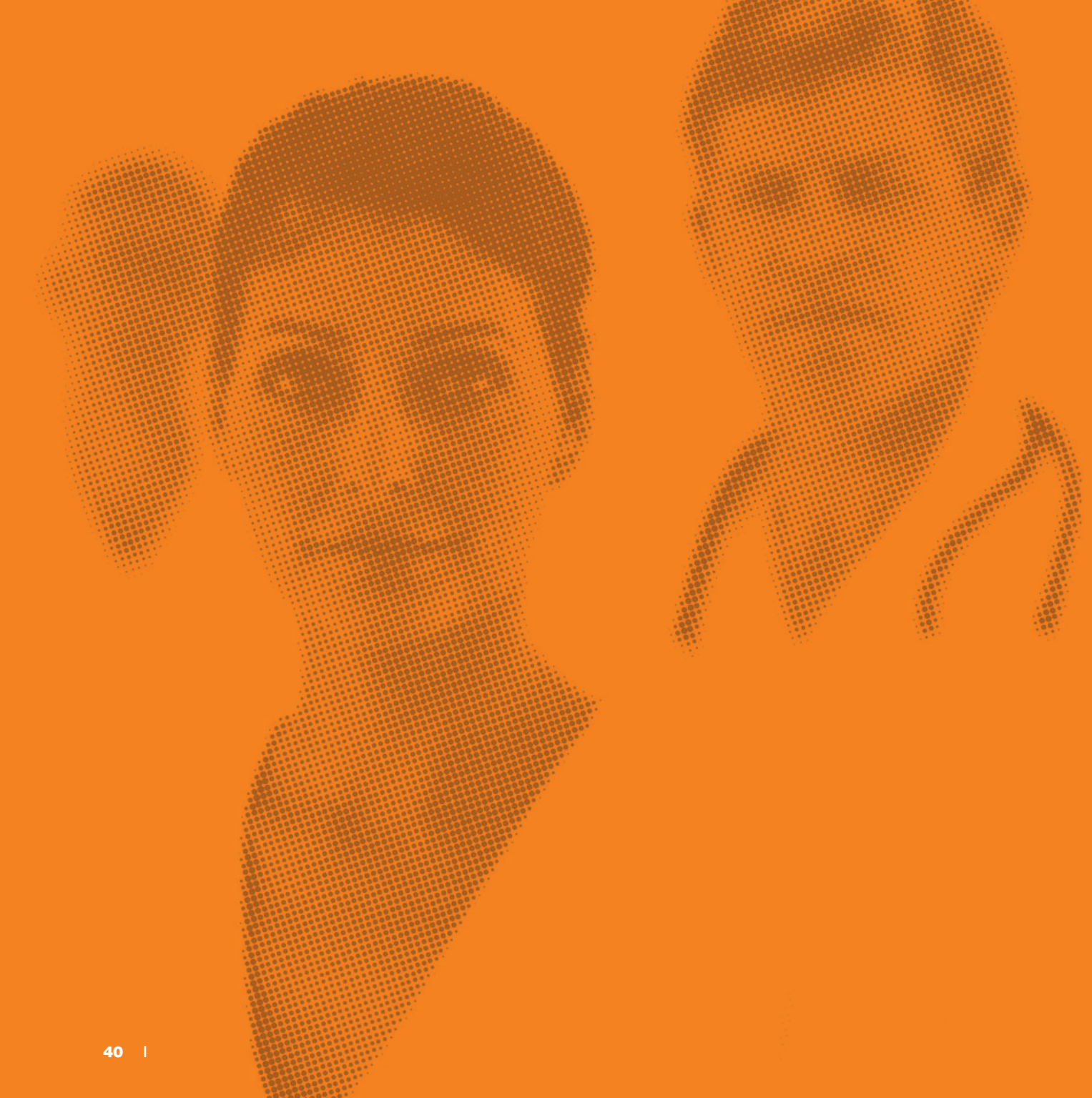
## AU PLAN DE LA GESTION

### GESTION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

Collaborer à la stratégie régionale pour contrer les problèmes de disponibilité de main-d'œuvre et développer un plan d'action local en la matière	Plan local		Plan local	Réalisé	
Compléter, si ce n'est déjà fait, la mise en oeuvre de la négociation locale	Nombre d'ententes intervenues sur les 26 matières applicables à la négociation locale				L'Agence verra à recueillir l'information nécessaire au suivi de cette attente à l'interne

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	PARAMÈTRES OU PRÉCISIONS	DOCUMENT REQUIS	RÉSULTAT	COMMENTAIRES
<b>PRESTATION SÉCURITAIRE DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX</b>					
Assurer, si ce n'est déjà fait, le suivi de la mise en œuvre de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux (2002, chapitre 71) en mettant en place, pour l'ensemble de l'établissement, les mesures précisées aux paramètres de l'indicateur.	Confirmation de la mise en place des mesures indiquées	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comité de gestion des risques</li> <li>Politique de divulgation de tout accident à un usager</li> <li>Registre local des incidents et accidents</li> </ul>	Rapport annuel ou d'activités en y incluant l'Annexe 3	Réalisé Réalisé Réalisé	
<b>AGRÈMENT DES SERVICES</b>					
Selon l'article 107.1 de la LSSS « tout établissement doit, tous les trois ans, solliciter l'agrément des services de santé et des services sociaux qu'il dispense auprès d'organismes d'accréditation reconnus ».	Confirmation de l'agrément	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inscription à un processus d'agrément des services par un organisme d'accréditation reconnu</li> </ul>	Rapport d'agrément	Réalisé	Visite en 2008
Fournir à l'Agence les données relatives à l'application de la Loi sur la prestation sécuritaire des services	Composition conforme des comités de vigilance et de la qualité  Nombre de rencontres tenues par le CA pour donner suite aux recommandations du comité de vigilance et de la qualité	Conformité aux articles 412.2 et 181.0.2  Suivi des recommandations provenant du : <ul style="list-style-type: none"> <li>commissaire aux plaintes et à la qualité des services (agence et établissements);</li> <li>protecteur du citoyen (agence et établissements);</li> <li>comité de gestion des risques (établissements)</li> </ul>	Composition des comités de vigilance et de la qualité	Réalisé	Nombre de rencontres tenues par le CA pour donner suite aux recommandations du comité de vigilance et de la qualité : 5
Assurer les suivis relatifs aux visites d'appréciation faites par les instances concernées	Dépôt des documents requis	Infections nosocomiales	Dépôt des documents requis	Réalisé	Plan d'action à la suite du rapport d'appréciation de la visite ministérielle

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	PARAMÈTRES OU PRÉCISIONS	DOCUMENT REQUIS	RÉSULTAT	COMMENTAIRES
<b>ACCESSIBILITÉ DES SERVICES EN ANGLAIS</b>					
Tenir compte dans l'offre de service de la langue et des particularités culturelles de la clientèle de même que du programme régional d'accès aux services pour la population d'expression anglaise		Conformément au décret 1161-2007 sur le Programme régional d'accès aux services de santé et aux services sociaux en anglais pour les personnes d'expression anglaise de Montréal 2007-2007 <ul style="list-style-type: none"> <li>Services accessibles à l'intérieur de l'établissement</li> <li>Services accessibles à l'intérieur du réseau local</li> <li>Services accessibles par entente de services avec un autre établissement</li> </ul>		Réalisé	Résolution adoptée le 6 mars 2007  Dossier confié à madame Francine Labrecque DSIQSP



# 5. LES RESSOURCES FINANCIÈRES ET LES ÉTATS FINANCIERS

RÉALISATION

Lancement de la politique d'allaitement maternel

## 5.1 COMPTABILITÉ ET BUDGET

Le CSSS a mis en place un comité « budget » et un outil de suivi budgétaire et d'analyse des écarts (SAP). Pour s'approprier cet outil, des séances de formation en planification et suivi budgétaire ont été offertes au personnel d'encadrement.

Le conseil d'administration a adopté un règlement sur le maintien de l'équilibre budgétaire. Ce règlement insiste sur l'imputabilité des gestionnaires quant à leurs résultats financiers.

Une politique de gestion budgétaire a été adoptée au conseil d'administration et une directive concernant la dénonciation de procédures malencontreuses a été communiquée à l'ensemble de l'établissement.

## 5.2 IMMOBILISATIONS

### Hôpital de Lachine

Des travaux de remplacement pour deux stérilisateur et un laveur-décontaminateur ont été effectués.

### Hôpital de LaSalle

L'avant-projet du plan fonctionnel technique ainsi que le plan fonctionnel technique (PFT) pour l'agrandissement de l'urgence ont été déposés au conseil d'administration, puis conduit à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal..

Des travaux de remplacement d'un stérilisateur et d'un tomodynamomètre axial avec module cardiaque ont été réalisés au coût de 1 100 000 \$.

### Ex-Hôpital général de Lachine

Il y a eu le déménagement du soutien à domicile au coût de 250 000 \$ ainsi que des travaux de réfection de la toiture totalisant 1 300 000 \$.

### Centre d'hébergement Nazaire-Piché

Un octroi de 1,8 M\$ a été attribué au réaménagement des salons des unités de vie.

### Centre d'hébergement de Lachine

La somme de 300 000 \$ a été octroyée pour le réaménagement du centre de jour et de la salle à manger.

## ÉTAT DES RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2008

### Activités principales

#### REVENUS

Agence de la santé et des services sociaux	134,939,289 \$
Usagers	15,121,588 \$
Ventes de services	746,360 \$
Recouvrements	360,976 \$
Autres sources	732,051 \$

**TOTAL** 151,900,264 \$

#### DÉPENSES

Salaires	81,058,258 \$
Avantages sociaux	21,084,461 \$
Charges sociales	11,144,184 \$
Charges sociales	11,144,184 \$
Médicaments	4,068,075 \$
Produits sanguins	719,285 \$

Fournitures médicales et chirurgicales	4,437,781 \$
Données alimentaires	2,847,753 \$
Autres	27,007,587 \$

**TOTAL** 152,367,384 \$

**EXCÉDENT DES CHARGES SUR LES REVENUS DES ACTIVITÉS PRINCIPALES** (467,120 \$)

### Activités accessoires

#### REVENUS

Financement public et parapublic	827,368 \$
Revenus commerciaux	1,367,543 \$
Revenus d'autres sources	62,170 \$

**TOTAL** 2,257,081 \$

#### DÉPENSES

Salaires	222,027 \$
Avantages sociaux	8,600 \$
Charges sociales	7,377 \$
Autres	1,551,957 \$

**TOTAL** 152,367,384 \$

**EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES DU FONDS D'EXPLOITATION** 467,120 \$

### Activités principales et accessoires

**EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES DU FONDS D'EXPLOITATION** 0 \$

## CHARGES BRUTES PAR SECTEUR D'ACTIVITÉS

	Exercice précédent	Exercice courant
<b>C.L.S.C.</b>		
Soutien à domicile	11,552,326 \$	12,879,776 \$
Autres non exclusifs à un programme	3,046,714 \$	2,966,590 \$
Programme santé publique	1,211,021 \$	1,521,555 \$
Programme services généraux - activités cliniques et d'aide	3,838,848 \$	2,060,346 \$
Programme santé physique	32,828 \$	175,863 \$
Programme perte d'autonomie liée au vieillissement	264,768 \$	298,638 \$
Programme santé mentale	565,291 \$	498,254 \$
Programme jeunes en difficulté	1,685,741 \$	1,698,806 \$
Programme déficience physique	124,029 \$	125,946 \$
Programme déficience intellectuelle et TED	577,454 \$	744,101 \$
Administration et soutien aux services	3,151,475 \$	3,484,325 \$
Gestion des bâtiments et des équipements	1,885,486 \$	1,874,534 \$
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité ou stabilité d'emploi	194,198 \$	49,451 \$
<b>Sous-total des charges brutes des centres d'activités</b>	<b>28,130,179 \$</b>	<b>28,378,185 \$</b>
<b>C.H.</b>		
Services non exclusifs à un programme	10,205,707 \$	11,444,162 \$
Programme services généraux -activités cliniques et d'aide	458,523 \$	455,653 \$
Programme santé physique	33,413,927 \$	35,857,251 \$
Programme perte d'autonomie liée au vieillissement	7,183 \$	337,412 \$
Programme santé mentale	23,567 \$	26,059 \$
Administration et soutien aux services	14,668,998 \$	13,133,926 \$
Gestion des bâtiments et des équipements	5,438,256 \$	5,589,882 \$
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité ou stabilité d'emploi	173,176 \$	194,115 \$
<b>Sous-total des charges brutes des centres d'activités</b>	<b>64,389,337 \$</b>	<b>67,038,460 \$</b>
<b>C.H.S.L.D.</b>		
Non exclusifs à un programme	4,513,339 \$	4,190,762 \$
Programme santé physique	858,170 \$	818,398 \$
Programme perte d'autonomie liée au vieillissement	28,154,276 \$	29,807,009 \$
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité ou stabilité d'emploi	194,196 \$	42,916 \$
Administration et soutien aux services	13,345,410 \$	14,343,566 \$
Gestion des bâtiments et des équipements	6,654,062 \$	6,987,074 \$
<b>Sous-total des charges brutes des centres d'activités</b>	<b>53,719,453 \$</b>	<b>56,189,725 \$</b>
<b>Charges non réparties</b>	<b>10,392,807 \$</b>	<b>761,014 \$</b>
<b>TOTAL DES CHARGES BRUTES DES CENTRES D'ACTIVITÉS</b>	<b>156,631,776 \$</b>	<b>152,367,384 \$</b>

Les données financières ont été tirées du rapport financier annuel vérifié (AS-471)

## BILAN AU 31 MARS 2008

	Fonds d'exploitation	Fonds d'immobilisations	Autres fonds	TOTAL
<b>ACTIF À COURT TERME</b>				
Encaisse	1,540,494 \$	553,880 \$	329,111 \$	2,423,485 \$
Placements temporaires				0 \$
Débiteur - Agence et MSSS	5,520,626 \$	1,972,205 \$		7,492,831 \$
Débiteurs - autres	2,463,985 \$	268,156 \$	15,820 \$	2,747,961 \$
Charges payées d'avance	747,798 \$			747,798 \$
Stocks	2,173,729 \$			2,173,729 \$
Créances interétablissements				0 \$
Créances interfonds	97,275 \$			97,275 \$
Autres éléments	14,921 \$			14,921 \$
<b>Total de l'actif à court terme</b>	<b>12,558,828 \$</b>	<b>2,794,241 \$</b>	<b>344,931 \$</b>	<b>15,698,000 \$</b>
<b>IMMOBILISATIONS</b>	0 \$	95,669,966 \$	101,865 \$	95,771,831 \$
<b>AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIF</b>				
Congés à traitement différé	522,313 \$	0 \$	0 \$	522,313 \$
<b>TOTAL DE L'ACTIF</b>	<b>13,081,141 \$</b>	<b>98,464,207 \$</b>	<b>446,796 \$</b>	<b>111,992,144 \$</b>
<b>PASSIF À COURT TERME</b>				
Découvert de banque	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Emprunts de banque	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Financement temporaire	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Créditeurs	15,328,357 \$	1,735,267 \$	5,752 \$	17,069,376 \$
Sommes confiées en fiducie	0 \$	0 \$	166,700 \$	166,700 \$
Dettes interfonds	0 \$	21,540 \$	75,735 \$	97,275 \$
Dettes interétablissements	1,219,950 \$	0 \$	0 \$	1,219,950 \$
Revenus reportés	2,359,284 \$	0 \$	0 \$	2,359,284 \$
Autres éléments	3,409 \$	0 \$	512 \$	3,921 \$
<b>Total du passif à court terme</b>	<b>18,911,000 \$</b>	<b>1,756,807 \$</b>	<b>248,699 \$</b>	<b>20,916,506 \$</b>
<b>PASSIF À LONG TERME</b>				
Autres éléments	0 \$	43,350,764 \$	92,629 \$	43,443,393 \$
<b>AUTRES ÉLÉMENTS DU PASSIF</b>				
Congés à traitement différé	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Autres éléments	128,480 \$	0 \$	0 \$	128,480 \$
<b>TOTAL DU PASSIF</b>	<b>19,039,480 \$</b>	<b>45,107,571 \$</b>	<b>341,328 \$</b>	<b>64,488,379 \$</b>
<b>SOLDE DE FONDS</b>	<b>(5,958,339 \$)</b>	<b>53,356,636 \$</b>	<b>105,468 \$</b>	<b>47,503,765 \$</b>
<b>TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS</b>	<b>13,081,141 \$</b>	<b>98,464,207 \$</b>	<b>446,796 \$</b>	<b>111,992,144 \$</b>

Les données financières ont été tirées du rapport financier annuel vérifié (AS-471) \* Les créances et les dettes interfonds sont éliminées



## 6. LE RAPPORT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

RÉALISATION

Cadre de référence proches aidants

## 6.0 LE RAPPORT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (article 33 de la LSSS), le rapport-synthèse portant sur l'application du Règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle présente les activités reliées au respect et à la promotion des droits des usagers, au traitement diligent de leurs plaintes, à la satisfaction et à la qualité des services. Celles-ci découlent des fonctions dévolues de par la loi au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, aux médecins examinateurs et au comité de révision.

Ce rapport-synthèse présente quelques extraits :

- Vue d'ensemble des dossiers de plaintes par installation
- Bilan des dossiers de plaintes
- Objets de plaintes selon leur niveau de traitement pour la CLPQS et comparatifs 2006-2007 et 2007-2008
- Objets de plaintes selon leur niveau de traitement pour les médecins examinateurs et comparatifs 2006-2007 et 2007-2008
- Promotion du respect des droits et application de la procédure d'examen des plaintes

Installations	Plaintes CLPQS	Plaintes médicales	Total
000 - CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle	2	0	2
27015401 - Hôpital de LaSalle	127	27	154
002 - Hôpital de Lachine	20	9	29
003 - CLSC de LaSalle	24	0	24
004 - CLSC de Dorval-Lachine	16	0	16
005 - Centre d'hébergement de Lachine	9	0	9
006 - Centre d'hébergement Nazaire-Piché	5	0	5
007 - Centre d'hébergement de Dorval	6	1	7
008 - Centre d'hébergement Camille-Lefebvre	19	1	20
009 - Centre d'hébergement de LaSalle	7	0	7
<b>TOTAL</b>	<b>235</b>	<b>38</b>	<b>273</b>

Les hôpitaux demeurent les installations les plus élevées au niveau des plaintes et sont multifactorielles (délais d'attente pour consultation médicale à l'urgence, qualité des soins et des services dispensés à l'urgence et en hospitalisation, relations interpersonnelles entre les usagers, le personnel et les professionnels, communication et coordination interservices, demandes de transit hors secteurs, pénurie de professionnels, etc.).

En ce qui concerne les centres d'hébergement, les objets de plaintes se rapportent principalement aux soins et services dispensés et aux relations interpersonnelles (plan d'intervention interdisciplinaire (PII), communications, conflits familiaux entre les familles et les intervenants, encadrement, etc.).

Pour les CLSC, les objets de plaintes se concentrent principalement au niveau des soins et des services dispensés, de l'accessibilité et de la continuité (délais d'attente pour les soins à domicile, stabilité du personnel et plans de services personnalisés).

### Bilan du dossier des plaintes

Responsable	Plaintes reçues durant l'exercice		Dossiers transmis au deuxième palier	
	2006-2007	2007-2008	2006-2007	2007-2008
CLPQS	243	235 *	3	6
MD EX. (3)	56	38	1	8
<b>TOTAL</b>	<b>299</b>	<b>273</b>	<b>4</b>	<b>14</b>

Durant l'exercice 2007-2008, la commissaire locale a aussi traité 55 assistances\*, 20 interventions\* et a répondu à 17 consultations\* totalisant 92 dossiers inclus dans les dossiers de plaintes. Le nombre total de dossiers ouverts est de 273 par la commissaire locale et de 38 dossiers traités par les médecins examinateurs, une légère diminution par rapport à l'an dernier.

D'autre part, en ce qui concerne les dossiers transmis au deuxième palier, six (6) dossiers ont été traités par le Protecteur du citoyen dont un (1) a été fermé. Le comité de révision a reçu huit (8) demandes de révision de dossiers mais quatre (4) seulement ont été traités durant l'exercice suite à des difficultés organisationnelles.

Au cours de 2006-2007, la commissaire locale avait traité 61 assistances, 19 interventions et avait répondu à 7 consultations totalisant 87 dossiers inclus dans les dossiers de plaintes. Le nombre total des dossiers ouverts était de 299. À ce nombre étaient inclus les dossiers de plaintes médicales (56) reçus par la commissaire locale et transmis aux médecins examinateurs pour traitement.

Années comparatives	Assistances	Interventions	Consultations
2006-2007	61	19	7
2007-2008	55	20	17

On note une nette augmentation dans les consultations. Par contre, les assistances et les interventions sont sensiblement aux mêmes nombres.

### Objets de plaintes selon leur niveau de traitement par la commissaire locale

#### Bilan comparatif des objets de plaintes — années 2006-2007 et 2007-2008

Catégorie d'objets	Total 2006-2007	Total 2007-2008
Accessibilité	48	98
Soins et services dispensés	58	190
Relations interpersonnelles	46	114
Organisation du milieu et ressources matérielles	29	60
Aspect financier	16	12
Droits particuliers	18	62
Autres objets de demande	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>235</b>	<b>38</b>

Pour l'année 2007-2008, nous notons une augmentation importante dans les catégories d'objets suivantes :

1. Droits particuliers 344 %
2. Soins et services dispensés 341 %
3. Relations interpersonnelles 247 %

Veuillez noter que la clientèle peut formuler une plainte contenant plusieurs objets, ce qui nous amène à cette réalité.

### Objets des plaintes selon leur niveau de traitement par les médecins-examineurs — années 2006-2007 et 2007-2008

#### Bilan comparatif des objets de plaintes — années 2006-2007 et 2007-2008

Catégorie d'objets	Total 2006-2007	Total 2007-2008
Accessibilité	16	5
Soins et services dispensés	34	49
Relations interpersonnelles	11	29
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0
Aspect financier	1	1
Droits particuliers	4	13
Autres objets de demande	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>	<b>97</b>

Nous observons que les objets de plaintes ont particulièrement augmenté dans les catégories suivantes :

1. Droits particuliers 325 %
2. Relations interpersonnelles 263 %
3. Soins et services dispensés 144 %

Par contre, nous notons une diminution de 31 % de l'objet de plainte se rapportant à l'accessibilité, ce qui dénote une amélioration à ce niveau.

### Promotion du respect des droits des usagers et application de la procédure d'examen des plaintes

Les principales activités ont porté sur la promotion du respect des droits des usagers et sur l'application de la procédure d'examen des plaintes. Mentionnons entre autres :

- Nomination de la présidente du comité de révision.
- Suite à l'article 51 de la LSSS, démission de médecins membres conseils siégeant sur le comité de révision (2).
- Suite à l'article 51 de la LSSS, nomination de médecins membres actifs du comité de révision (2).
- Élaboration du « cadre de référence » sur la promotion des droits des usagers, de la satisfaction et de la qualité des services.
- Diffusion du cadre de référence à plus de 60 personnes dans les installations du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle (directeurs et adjoints, chefs de service).
- Présentation du régime d'examen des plaintes au comité de direction et dans les deux directions PPALV et DPSP.
- Promotion des consultations auprès des professionnels pour promouvoir la conciliation lors de rencontres interdisciplinaires (approx. 40 personnes).
- Création d'indicateurs périodiques sur la gestion des plaintes.
- Réunions avec le comité de vigilance et de la qualité (5).
- Réunions avec le comité de direction en regard de la gestion des plaintes (rapport trimestriel) (2).
- Pour l'exercice 2007-2008 (périodes 1 à 13), suite à des appels téléphoniques concernant des insatisfactions, nous avons transmis par la poste 66 formulaires de plaintes accompagnés de la marche à suivre pour formuler une plainte écrite. De ce nombre, 15 plaintes formelles ont été reçues.
- Nous avons aussi comptabilisé dans un registre à compter de la période 4 (24 juin 2007) le nombre d'appels téléphoniques référés (43 personnes insatisfaites ou nécessitant une action) auprès des chefs et directeur du CSSS.

## 7. LES CONSEILS ET COMITÉS CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI



RÉALISATION

Reconnaissance de l'Unité familiale des naissances

## 7.0 LES CONSEILS ET COMITÉS CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI

### Liste et membres des sous-comités du conseil d'administration du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle

#### Comité exécutif

- M<sup>me</sup> Marie-Claude Jarry, *présidente*
- M<sup>me</sup> Gertrude Pellerin
- M. Daniel Petit

#### Comité de vérification

- M. René Carignan, *président*
- M. Michel Dubois
- M. Roy Bhimpaul

#### Comité de révision

- M<sup>me</sup> Micheline Rouleau, *présidente*
- D<sup>r</sup> Jean Lafleur
- D<sup>r</sup> Jean-Guy Bonnier

#### Comité de bioéthique et d'éthique de la recherche

- M<sup>me</sup> Gertrude Pellerin
- D<sup>r</sup> Patrick Godet
- M<sup>me</sup> Micheline Rouleau

#### Comité du règlement de régie interne

- M<sup>me</sup> Marie-Claude Jarry
- M<sup>me</sup> Alain Barrette

#### Comité de vigilance

- M<sup>me</sup> Micheline Béland, *présidente*
- M<sup>me</sup> Madeleine Audette
- M<sup>me</sup> Micheline Rouleau

En janvier 2007, il y a eu la création du comité de vigilance. Pour la première année, le comité a assuré le suivi pour l'adoption d'une ligne de conduite afin d'offrir des soins et services sécuritaires et de qualité aux enfants en bas âge.

### Comité de gestion des risques et de la qualité

- Isabelle Brault ou M<sup>me</sup> Barrette, *représentant du conseil d'administration et président du comité*
- Francine Labrecque, *directrice des soins infirmiers, de la qualité et de la santé publique*
- Lynne E. Desmarais, *responsable de la gestion des risques et de la qualité et secrétaire du comité*
- Daniel Petit, *directeur général intérimaire*
- Bruno Lemieux, *directeur des services professionnels et multidisciplinaires*
- Diane Vallée, *directrice du programme santé physique*
- Lise Fréchette, *directrice du programme des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement*
- Louise Laurier, *directrice du programme multientèle*
- André Parisé, *directeur des services techniques et des installations matérielles*
- Kathleen Rancourt, *présidente du conseil des infirmières et infirmiers*
- Chantal Boulais, *présidente du conseil multidisciplinaire*
- D<sup>r</sup> Francis Engel, *président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens*
- À déterminer, *pharmacien désigné par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens*
- Nathalie Viel, *représentante du comité des usagers*

#### Faits saillants

Des efforts ont été déployés pour favoriser l'intégration des principes de prestation sécuritaires des soins et services dans la culture organisationnelle, notamment par l'adoption de la politique de divulgation par le conseil d'administration. La formation de 197 infirmières, infirmières auxiliaires, cadres et autres professionnels a permis de jeter les bases de la divulgation dans la gestion des risques et de la qualité.

L'excellente collaboration de tout le personnel et des médecins a rendu possible la déclaration obligatoire des rapports d'incident et d'accident permettant d'analyser les niveaux de gravité et d'identifier des mesures correctives à mettre en place. Les

principaux risques les plus fréquemment observés sont en général reliés aux erreurs médicamenteuses, aux chutes, aux agressions, aux blessures et aux erreurs d'identification. La grande majorité, soit plus de 95 % des événements accidentels, sont sans conséquence ou avec des conséquences mineures pour notre clientèle.

La mise en place d'un comité de gestion des risques et de la qualité a assuré le développement et la promotion d'un système de surveillance avec la création d'un registre local des accidents et incidents pour l'ensemble de notre CSSS facilitant l'analyse des causes et la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces événements.

Types d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance systématique	
<b>C. difficile</b>	Aucune éclosion durant l'année
<b>MRSA</b>	(Staphylocoque auréus résistant à la méthicilline) : aucun éclosion
<b>ERV</b>	(Entérocoque résistant à la vancomycine) : aucun éclosion

Le comité de gestion des risques n'a pas émis de recommandation et il n'a pas effectué de suivi en lien avec le dossier prévention et contrôle des infections nosocomiales.

Le 3 avril 2007, une visite ministérielle a été effectuée sur l'appréciation des mesures de prévention des infections nosocomiales.

Une formation a été offerte aux membres du comité de gestion des risques. Les membres ont suivi l'évolution de plusieurs dossiers dont :

- la mise en place du registre local;
- les travaux préparatoires à la visite du Conseil canadien d'agrément réalisée en février 2008;
- la mise en place de données statistiques sur les taux d'incidents/accidents, par programme-clients;
- les travaux d'intégration des activités de gestion des risques dans les trois programmes-clients;
- le suivi des poursuites et réclamations;
- les suivis et les travaux en lien avec les événements sentinelles et les rapports du coroner.

### Comité des usagers

- Denise Bergeron, *bénévole*
- Denise Laporte, *bénévole*
- Pierrette Leroux, *bénévole*
- Lucille Roy, *usager*
- Nathalie Viel, *représentante*
- Micheline Cornélius, *usager*
- Jean Poirier, *usager*
- Madeleine Audette, *bénévole*
- Micheline Béland, *présidente*

#### Faits saillants

Le comité des usagers a pris connaissance d'une plainte concernant un résident vis-à-vis un préposé. Une enquête s'est également amorcée et le préposé en question est suspendu, pendant la durée de l'enquête.

Le comité a évalué le degré de satisfaction des usagers par le biais de rencontres avec les résidents, de visite sur les unités de soins ainsi qu'avec l'aide d'un sondage. Les résultats seront dévoilés au cours de l'année 2008.

### Comité exécutif des infirmières et infirmiers pour l'année 2006-2007

- M<sup>me</sup> Josée Fortin, *assistante infirmière-chef, Services ambulatoires, Hôpital de LaSalle (secrétaire du CECII)*
- M<sup>me</sup> Ginette Huneault, *infirmière, Hôpital de Lachine (vice-présidente du CECII)*
- M<sup>me</sup> Gueldy Janvier, *infirmière, Centre d'hébergement de Dorval (agente d'information du CECII)*
- M<sup>me</sup> Francine Labrecque, *directrice des soins infirmiers, de la qualité et de la santé publique, CSSSDLL*
- M. Daniel Petit, *directeur général intérimaire, CSSSDLL (a assisté à la première rencontre le 30 avril 2007)*
- M<sup>me</sup> Kathleen Rancourt, *infirmière, CLSC de Dorval-Lachine (présidente du CECII)*
- M<sup>me</sup> Francine Sigouin, *infirmière auxiliaire, Centre d'hébergement de LaSalle (représentante du CIIA)*

### Conseil multidisciplinaire

- M. Daniel Petit, *directeur général intérimaire*
- M. Bernard Cadieux, *adjoint à la direction des services professionnels et multidisciplinaires (président d'élection du conseil multidisciplinaire)*
- M<sup>me</sup> Nathalie René, *technicienne en loisirs, Hôpital de LaSalle (présidente)*
- M<sup>me</sup> Josée Grenier, *thérapeute en réadaptation physique, Centre d'hébergement Dorval (vice-présidente)*
- M<sup>me</sup> Chantal Boulais, *technologiste médicale, Hôpital de Lachine (secrétaire)*
- M<sup>me</sup> Lucie Cauchon, *ergothérapeute, CLSC de Dorval-Lachine (agente de communication)*
- M<sup>me</sup> France Jamier, *travailleuse sociale, CLSC de Dorval-Lachine (conseillère)*

### Conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens

Résolutions adoptées après consultation du conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens et portant sur les dossiers suivants :

- Programme de lutte contre le cancer
- Règlement relatif sur la divulgation
- Entente de service – Urologie (torsion testiculaire)
- Politique et procédure d'allaitement maternel
- Ordonnance collective – Procédure d'appel aux gynécologues-obstétriciens, aux pédiatres-néonatalogistes et aux médecins de famille pratiquant à l'U.F.N.
- Ordonnance collective – Consultation médicale pour une cliente de sage-femme, en travail à la Maison des naissances
- Actes délégués aux infirmières à l'urgence – Hôpital de Lachine
- Entente relative aux transferts des victimes de traumatismes sévères avec le Centre universitaire de santé McGill
- Ordonnance collective pour la pilule contraceptive d'urgence

- Entente de service par contrat en neurologie – Hôpital de LaSalle.
- Entente de service par contrat en gastroentérologie – Hôpital de LaSalle
- Règlement sur le parachèvement des dossiers
- Règlement concernant la détermination des critères d'admission et de sortie définitive et des politiques de transfert des usagers
- Règlement visant à établir les critères d'inscription des usagers à un programme de jour – chirurgie d'un jour
- Règlement visant à établir les critères d'inscription des usagers à un programme d'activités de jour – médecine de jour
- Règlement sur la procédure d'attribution de congés temporaires aux usagers
- Autorisation aux infirmières et aux inhalothérapeutes d'administrer le Lopressor et le Robinul par voie intraveineuse au bloc opératoire et en salle de réveil – Hôpital de Lachine
- Programme de prévention et contrôle des infections du CSSS
- Règlement visant à établir les conditions d'admission de personnes atteintes de maladies contagieuses ou infectieuses
- Règlement sur l'utilisation des mesures de contrôle – contentions et isolement en centre d'hébergement
- Règlement du bloc universel
- Règle d'émission des ordonnances pharmaceutiques pour résident hébergé admis en hospitalisation de courte durée à l'Hôpital de LaSalle

Résolutions adoptées sur consultation et recommandations du conseil des médecins, des dentistes et des pharmaciens et portant sur les dossiers suivants :

- Création d'un département de pharmacie CSSS
- Fusion du département d'obstétrique-gynécologie et du département de pédiatrie néonatale
- PFT de l'urgence à l'Hôpital de LaSalle

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

Dans le contexte problématique de la résolution de la crise avec l'Hôpital de Lachine ainsi que le problème de pénurie sévère des effectifs aux archives, les travaux du comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique et ses sous-comités à l'Hôpital de LaSalle ont été ralentis de la fin des moyens de pression de la FMSQ jusqu'à l'automne dernier. Par la suite, nous avons également repris les études des complications, des décès ainsi que des études par critères objectifs.

Les recommandations des sous-comités sont acheminées au comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique et par la suite, soumis au CMDP qui assure le suivi auprès des médecins visés.

#### Cinq réunions du sous-comité de médecine

- Une étude sur le traitement pharmacologique des patients en delirium a été finalisée en début d'année. Les conclusions et recommandations ont été acheminées au comité central d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique.
- Une étude sur les transferts pour angioplastie primaire a été effectuée. Les conclusions et recommandations seront transmises au comité central prochainement.
- Une étude sur les infections à Clostridium difficile est présentement en cours.

#### Quatre réunions du sous-comité de périnatalogie

- L'étude régulière des ruptures utérines s'est poursuivie.
- Une étude sur l'antibiothérapie des chorioamnionites est présentement en cours.

#### Trois réunions du sous-comité de chirurgie

Étude les dossiers de décès, les complications et infections, ainsi que les cas de laparotomie blanche.

- Les membres ont convenu de procéder à une étude sur les cancers colorectaux. L'élaboration des critères d'étude est présentement en cours.

#### Une réunion du sous-comité de gynécologie

Les membres ont étudié les dossiers de décès, les complications et les infections.

- L'étude régulière portant sur la justification des hystérectomies s'est poursuivie.
- L'étude sur l'ablation d'endomètre a été suspendue jusqu'à nouvel ordre.
- Aucune nouvelle étude par critères objectifs n'a été entreprise.

### Comité de pharmacologie

#### Deux réunions du comité de pharmacologie

Aucun changement de pratique découlant de la revue d'utilisation des médicaments.

## 8. LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION



RÉALISATION

Lancement du Centre d'éducation pour la santé

## 8.0 LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

### PRÉAMBULE

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

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

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

### A. OBJECTIF GÉNÉRAL ET CHAMP D'APPLICATION

1. - Le présent Code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, ni d'établir une liste exhaustive des normes de comportement attendues de l'administrateur. Il cherche plutôt à réunir les obligations et devoirs généraux de l'administrateur.

Notamment, il :

- traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
  - traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
  - traite des devoirs et obligations des administrateurs après qu'ils cessent leurs fonctions;
  - prévoit des mécanismes d'application du Code.
2. - Tout administrateur de l'établissement est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la loi et le présent Code. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

L'administrateur doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles.

L'administrateur est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'établissement, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou une autre entreprise, ou en est membre.

### B. DÉFINITIONS

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

a) « ADMINISTRATEUR » désigne un membre du conseil d'administration de l'établissement, qu'il soit élu ou nommé.

b) « CONFLIT D'INTÉRÊTS » désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt.

c) « ENTREPRISE » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'établissement.

d) « PROCHE » désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur de l'administrateur. Cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur.

### C. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR

#### L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions

- **Agit dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.**

À cette fin, l'administrateur doit :

4. - Être sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.

5. - S'assurer de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés.

6. - S'assurer de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.

7. - S'assurer de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

- **Agit avec soin, prudence, diligence et compétence.**

À cette fin, l'administrateur doit :

#### Disponibilité et participation active

8. - Se rendre disponible pour remplir ses fonctions et prendre une part active aux décisions du conseil d'administration.

#### Soin et compétence

9. - S'assurer de bien connaître et suivre l'évolution de l'établissement; il se renseigne avant de décider et, au besoin, évite de prendre des décisions prématurées.

#### Neutralité

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

#### Discrétion

- 11.- Faire généralement preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

- 12.- Garder confidentiels les faits ou renseignements dont il prend connaissance et qui exigent, suivant la loi ou la décision du conseil d'administration, le respect de la confidentialité.

À cette fin, l'administrateur doit :

#### Relations publiques

- 13.- Respecter les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public et éviter toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibée par la loi.

- 14.- Adopter une attitude de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.

- **Agit avec honnêteté et loyauté.**

À cette fin, l'administrateur doit :

- 15.- Agir de bonne foi au mieux des intérêts de l'établissement et de la population desservie sans tenir compte des intérêts d'aucune autre personne, groupe ou entité.

- 16.- Lutter contre toute forme d'abus de pouvoir tels que des conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage de ses erreurs ou la tromperie de la population.

#### Conflits de devoirs ou d'intérêts.

- 17.- Éviter des conflits de devoirs ou d'intérêts.

#### L'ADMINISTRATEUR, AUTRE QUE LE DIRECTEUR GÉNÉRAL, ET LES CONFLITS D'INTÉRÊTS.

- 18.- Autre que le directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil lorsqu'il a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'un des établissements qu'il administre.

De plus, cet administrateur s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

Cependant, le fait pour cet administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise visée ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause 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., chapitre V-1.1).

### **Le directeur général et les conflits d'intérêts**

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

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

**20.-** Doit, comme directeur général, dans les soixante (60) jours suivant sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts par le directeur général et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination.

**21.-** Doit, comme directeur général, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le directeur général a des intérêts pécuniaires.

### **L'exclusivité de fonctions du directeur général**

**22.-** Doit, comme directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de sa fonction.

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

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

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

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

Il peut également occuper une charge publique élective.

### **Biens de l'établissement**

**23.-** Utiliser les biens, les ressources ou les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens.

**24.-** Se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.

**25.-** Ne pas accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaire avec l'établissement, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

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

**26.-** Ne recevoir aucun traitement ou autre avantage pécuniaire à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminées par le gouvernement.

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

### **Transparence**

**28.-** Révèler tout renseignement ou fait aux autres membres du conseil d'administration lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait pourrait avoir un impact important sur la décision à prendre.

### **Interventions abusives**

**29.-** S'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve du directeur général ou d'un cadre supérieur.

**30.-** S'abstenir de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches.

**31.-** S'abstenir d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme à but lucratif ou non et l'établissement.

### **L'administrateur, après la fin de son mandat.**

- **Agit avec prudence, discrétion, honnêteté et loyauté.**

À cette fin, l'administrateur doit :

**32.-** Se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

**33.-** Éviter, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'établissement pour lequel il a agi est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

**34.-** Ne pas faire usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenu dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur.

**35.-** Éviter de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et de toutes les personnes qui y œuvrent.

## **D. MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE**

### **Introduction d'une demande d'examen**

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

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

### **Examen sommaire**

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

### **Tenue de l'enquête**

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

### **Information de l'administrateur concerné**

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

### **Transmission du rapport au Conseil**

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

### **Décision**

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

### **Sanctions**

42.- Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge. L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

## **E. ENGAGEMENTS**

43.- Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu à l'annexe II du présent Code.

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

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