



RAPPORT ANNUEL

2014-2015

**Centre de santé et de
services sociaux de Dorval –
Lachine – LaSalle**

Juin 2015

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DE MONSIEUR BENOÎT MORIN, PRÉSIDENT DIRECTEUR GÉNÉRAL	6
DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES.....	8
1- PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	9
1.1 UN ÉTABLISSEMENT DE PROXIMITÉ	9
1.2 ORGANIGRAMME	12
1.3 PORTRAIT DE LA POPULATION.....	13
2- ACTIVITÉS AUPRÈS DES USAGERS	15
2.1 DIRECTION DES PROGRAMMES FAMILLE-ENFANCE-JEUNESSE, SANTÉ MENTALE, SANTÉ PUBLIQUE, ACCUEIL, RÉCEPTION, ARCHIVES ET CENTRE DE DOCUMENTATION (FEJ-SM-SP- ARA)	15
2.2 DIRECTION DES PROGRAMMES SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DÉFICIENCE PHYSIQUE (SAPA-DP)	19
2.3 DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS, DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET DU PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE (DSIPPPSP).....	22
2.4 DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET HOSPITALIERS (DSPH)	26
2.5 LES SERVICES OFFERTS EN UN COUP D'ŒIL.....	30
2.5.1 <i>DIRECTION DES PROGRAMMES FAMILLE-ENFANCE-JEUNESSE, SANTÉ MENTALE, SANTÉ PUBLIQUE, ACCEUIL, RÉCEPTION, ARCHIVES ET CENTRE DE DOCUMENTATION (FEJ-SM-SP- ARA)</i>	30
2.5.2 <i>DIRECTION DES PROGRAMMES SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DÉFICIENCE PHYSIQUE (SAPA-DP)</i>	36
2.5.3 <i>DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS, DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET DU PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE (DSIPPPSP)</i>	38
2.5.4 <i>DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET HOSPITALIERS (DSPH)</i>	39
3- ACTIVITÉS DE GESTION	40
3.1 PROJET ORGANISATIONNEL : LE DOSSIER CLINIQUE INFORMATISÉ (DCI).....	40
3.2 DIRECTION DE L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET DE LA PERFORMANCE.....	43
3.3 RAPPORT DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	45
3.4 DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES (DRH)	51
3.6 ENTENTE DE GESTION 2014-2015.....	57
3.7 DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES ET INFORMATIONNELLES (DRFI)	63
4- BILANS DES CONSEILS ET COMITÉS OBLIGATOIRES EN VERTU DE LA LOI	66
4.1 LE CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)	66
4.2 CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII).....	68

4.3	CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)	70
4.4	COMITÉ DES USAGERS	71
4.5	COMITÉ DE LA VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ	73
4.6	COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ	75
5- LES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION, DES COMITÉS, LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES EN VERTU DE LA LOI		76
5.1	LES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET LES DIRECTEURS	76
5.1.1	<i>Les dirigeants</i>	76
5.1.2	<i>Les administrateurs</i>	76
5.1.3	<i>Les directeurs</i>	77
5.2	MEMBRES DES COMITÉS ET DES CONSEILS, LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES ET LES CHEFS DE DÉPARTEMENT CLINIQUE	78
5.2.1	LES MEMBRES DES COMITÉS OBLIGATOIRES	78
5.2.2	LES MEMBRES DES SOUS-COMITÉS FACULTATIFS	81
5.2.3	LES CONSEILS OBLIGATOIRES EN VERTU DE LA LOI	82
5.2.4	COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	84
5.2.5	CHEFS DE DÉPARTEMENTS CLINIQUES	84
6- SANTÉ FINANCIÈRE		85
6.1	RAPPORT DE LA DIRECTION	85
6.2	RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT	86
6.3	ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT	88
6.4	ÉTAT DES RÉSULTATS POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2015	94
6.5	ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2015	95
6.6	ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2015	96
6.7	ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) ACCUMULÉS AU 31 MARS 2015	98
6.8	ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2015	99
ANNEXE 1 – CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION. 103		
ARTICLE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES		109
1.1	Préambule	109
1.2	Objectifs généraux et champ d'application	109
1.3	Fondement	109
ARTICLE II – DÉFINITIONS ET INTERPRÉTATION		111
ARTICLE III – PRINCIPES D'ÉTHIQUE		113
ARTICLE IV – RÈGLES DE DÉONTOLOGIE		114
Disponibilité et participation active		114

Respect.....	114
Soins et compétences.....	114
Neutralité.....	115
Transparence.....	115
Discrétion et confidentialité.....	115
Relations publiques.....	115
Charge publique	116
Biens et services de l'établissement	116
Avantages et cadeaux.....	116
Interventions inappropriées	117
ARTICLE V – ADMINISTRATEURS INDÉPENDANTS	118
ARTICLE VI – CONFLIT D'INTÉRÊTS	119
ARTICLE VII – FIN DU MANDAT.....	121
ARTICLE VIII – APPLICATION DU CODE.....	122
8.1 Adhésion au code	122
8.2 Comité de gouvernance et d'éthique	122
8.3 Comité de discipline	123
ARTICLE IX – PROCESSUS DISCIPLINAIRE.....	124
ARTICLE X – DIFFUSION DU CODE	126
ARTICLE XI – DISPOSITIONS FINALES	127
11.1 Entrée en vigueur	127
11.2 Révision.....	127
ANNEXE I.....	128
Engagement personnel et affirmation d'office de l'administrateur	128
ANNEXE II	129
Avis de bris du statut d'indépendance	129
ANNEXE III	130
Déclaration des intérêts d'un administrateur.....	130
ANNEXE IV	131
Formule de déclaration de conflit d'intérêts.....	131
ANNEXE V.....	132
Signalement d'une situation de conflit d'intérêts d'un administrateur	132
ANNEXE VI	133

Affirmation solennelle de discrétion de toute personne chargée de faire enquête dans le cadre du processus disciplinaire édicté en vertu du présent code d'éthique	133
BIBLIOGRAPHIE	134

MESSAGE DE MONSIEUR BENOIT MORIN, PRÉSIDENT DIRECTEUR GÉNÉRAL

Voir loin

Suite à l'entrée en vigueur de la Loi 10, loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales, je suis responsable de la ratification des rapports annuels pour les établissements qui forment le Centre intégré universitaire de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS ODIM). Une responsabilité que je prends à cœur, notamment parce qu'il s'agit d'une reddition de comptes au regard à la population.

Au moment d'écrire ces lignes, le Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle (CSSS DLL) est un membre actif du CIUSSS ODIM. Ensemble, nous avons commencé à bâtir une organisation qui a pour vision de rapprocher encore davantage les soins et services de santé de la population. Mais avant toute chose, j'aimerais jeter un regard sur l'année qui vient de se terminer et de prendre le temps d'apprécier le travail accompli.

D'entrée de jeu, je veux remercier monsieur Yves Masse et son équipe de direction pour avoir placé très haute la barre de la qualité et avoir su la maintenir au fil du temps. Il me faut aussi souligner l'excellente gestion financière avec pour résultats, l'atteinte et le maintien de l'équilibre budgétaire, malgré les nombreuses mesures d'optimisation. Merci également aux membres du conseil d'administration et des comités s'y rattachant pour votre engagement exemplaire, et toute ma reconnaissance aux bénévoles, qui font vraiment la différence dans nos organisations.

Année d'agrément oblige, l'angle de l'amélioration continue de la qualité a été retenu pour présenter les réalisations des directions et comités. L'exercice d'agrément vise à mesurer notre conformité à des normes et des pratiques organisationnelles requises. Un travail colossal et mobilisateur qui s'inscrit précisément dans une démarche de qualité continue. Résultat de l'évaluation : agréé, avec un taux moyen de conformité de 87,2 %. Toutes mes félicitations aux artisans de cette réussite!

SUITE DU MESSAGE DE MONSIEUR BENOIT MORIN, PRÉSIDENT DIRECTEUR GÉNÉRAL

Je comprends ce pincement de cœur à l'idée que le CSSS DLL ne sera plus jamais tel qu'on l'a connu. C'est un établissement bien mené, duquel on peut être fier. Par ailleurs, le CIUSSS ODIM que nous bâtissons sera aussi un établissement dont toute la population du territoire sera aussi fière. Je m'y engage.

Le président-directeur général

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'B. Morin', with a stylized flourish at the end.

Benoit Morin

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

À titre de président directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2014-2015 du Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle :

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

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation.

Le président-directeur général

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'B. Morin', with a stylized flourish at the end.

Benoit Morin

1- PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

1.1 UN ÉTABLISSEMENT DE PROXIMITÉ

Le Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle (CSSS DLL) est composé 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 et du Centre d'hébergement de Lachine. Il compte 2162 employés et 119 médecins. Avec un budget annuel de 150 000 000 \$, le CSSS DLL exploite 90 lits d'hospitalisation de courte durée en santé physique et 715 lits d'hébergement de longue durée, pour un total de 805 lits dressés.

La mission, la vision et les valeurs sont propres à chacun des CSSS.

Mission

Promouvoir la santé, le bien-être et la contribution active de la population du territoire du CSSS DLL en orchestrant les soins de santé et de services sociaux, en misant sur l'accessibilité, la qualité et la sécurité tout en favorisant les partenariats afin de faciliter le cheminement intégré des personnes.

Vision

Être reconnu dans le réseau comme une organisation centrée sur les besoins émergents de sa population et un établissement de proximité qui repose sur des partenariats solides et qui se distingue par l'excellence de ses soins et services dans le continuum de vie, son expertise régionale en périnatalité et la qualité de son milieu de travail.

Valeurs

Les actions du CSSS DLL sont fondées sur trois valeurs externes et six valeurs internes.

Les valeurs externes :

- Engagement
- Respect
- Responsabilisation

Les valeurs internes :

- Respect mutuel
- Transparence
- Travail d'équipe
- Équilibre travail – vie privée
- Reconnaissance
- Adhésion

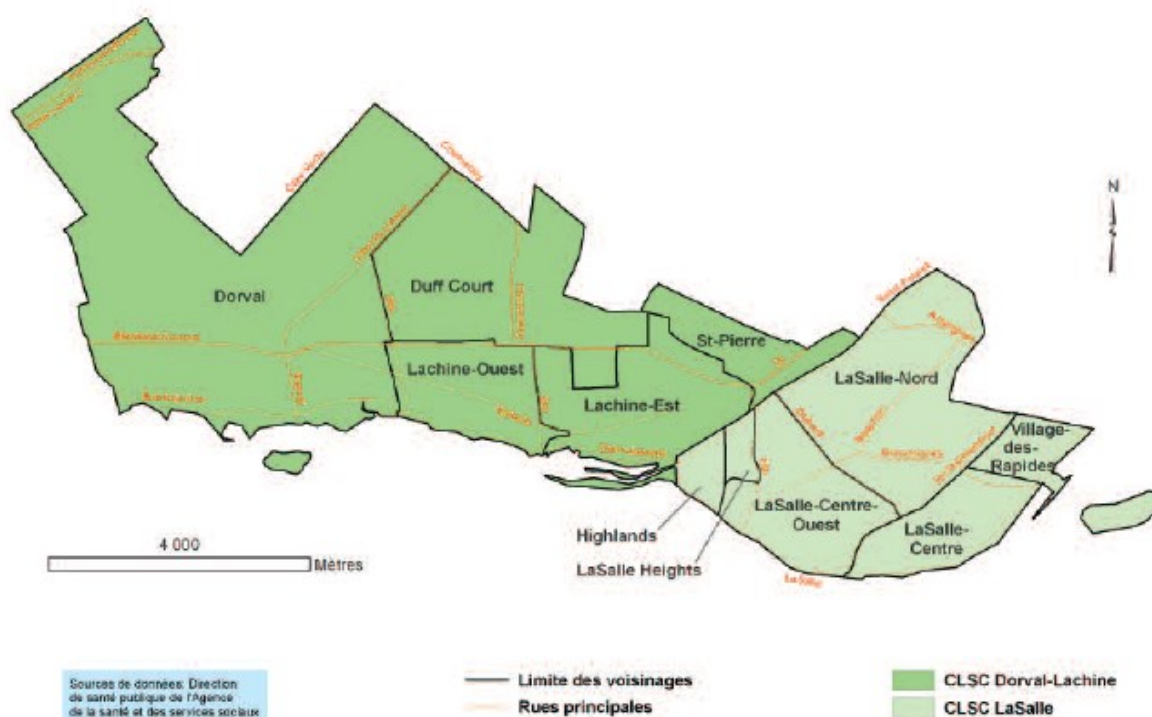
La population

Situé dans la partie sud-ouest de l'île de Montréal, le territoire couvre les arrondissements de LaSalle et de Lachine ainsi que la municipalité de Dorval.

Les 134 100 personnes qui habitent le territoire sont ainsi réparties :

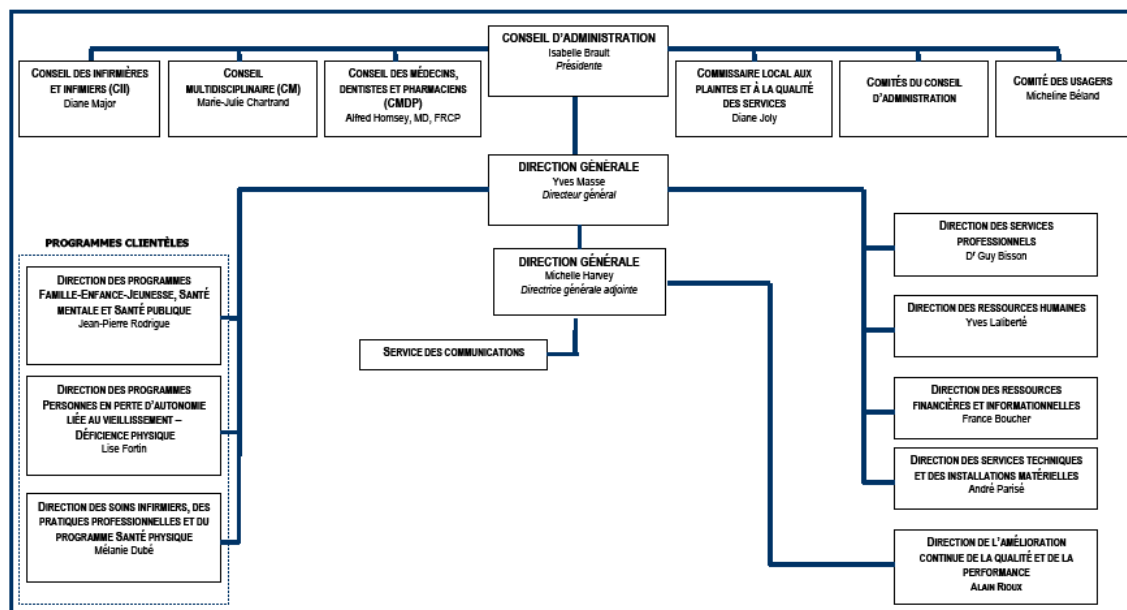
- Dorval : 18 210
- Lachine : 41 615
- LaSalle : 74 275

SUITE DE LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT – UN ÉTABLISSEMENT DE PROXIMITÉ



SUITE DE LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT – PORTRAIT DE LA POPULATION

1.2 ORGANIGRAMME



Mise à jour : 2014-05-02

SUITE DE LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT – PORTRAIT DE LA POPULATION

1.3 PORTRAIT DE LA POPULATION

Le CSSS DLL et l'enquête TOPO 2012

TOPO 2012 est une vaste enquête sur la santé des Montréalais. Au printemps 2014, la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal – Secteur Surveillance de l'état de santé à Montréal (SÉSAM) a publié les premiers résultats, qui portent sur les maladies chroniques et les facteurs qui déterminent l'état de santé de la population. Au regard des 26 indicateurs mesurés, c'est-à-dire les variables qui permettent de décrire l'état de santé d'une population, la clientèle du CSSS DLL se situe dans la moyenne, à l'exception de trois sphères : le diabète, l'embonpoint et la consommation de fruits et légumes moins de cinq fois par jour. Les symboles (+) et (-) signifient que les statistiques d'un établissement se situent nettement au-dessus ou en-dessous de la moyenne montréalaise. Les résultats complets de l'enquête sont disponibles au : www.csssdll.qc.ca (onglets Votre CSSS, Documentation, TOPO 2012).

Diabète (%), 15 ans et plus

CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle	6,7
RSS de Montréal	6,6

Embonpoint (%), 18 ans et plus

CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle	39,3 (+)
RSS de Montréal	33,6

Fruits et légumes moins de cinq fois par jour (%), 15 ans et plus

CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle	54,6 (-)
RSS de Montréal	59,1

SUITE DE LA PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT – PORTRAIT DE LA POPULATION

Source : Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal – Secteur Surveillance de l'état de santé à Montréal (SÉSAM). Enquête TOPO sur les maladies chroniques et leurs déterminants, 2012.

2- ACTIVITÉS AUPRÈS DES USAGERS

2.1 DIRECTION DES PROGRAMMES FAMILLE-ENFANCE-JEUNESSE, SANTÉ MENTALE, SANTÉ PUBLIQUE, ACCUEIL, RÉCEPTION, ARCHIVES ET CENTRE DE DOCUMENTATION (FEJ-SM-SP-ARA)

La clientèle visée par la direction des programmes Famille-Enfance-Jeunesse, Santé mentale, Santé publique, Accueil, Réception, Archives et Centre de documentation (DFEJ-SM-SP-ARA) est diversifiée. On peut en saisir l'ampleur en lisant, aux pages 30 à 35, la liste de l'ensemble des services et des programmes offerts par ses nombreuses équipes en CLSC, à l'hôpital et dans les milieux de vie. Le rapport annuel 2014-2015 ayant pour thème l'amélioration continue de la qualité, nous avons ciblé trois sphères particulièrement marquantes.

Santé mentale et services psychosociaux généraux

La clientèle atteinte d'un problème de santé mentale grave peut aussi présenter des problèmes de santé physique. Pourtant, jusqu'à tout récemment, cette clientèle n'avait pas – ou peu – accès aux services d'un spécialiste en médecine familiale. Ce manque a été comblé avec le nouveau programme « *À l'Unisson* ». En effet, grâce au concours de deux spécialistes en médecine familiale, cette clientèle reçoit désormais un suivi au CSSS DLL.

Une équipe de quatre professionnels a été formée dans le but d'apporter un soutien d'intensité variable (SIV) aux personnes qui présentent un problème de santé mentale grave, mais dont l'état est stabilisé. Le SIV vise à les accompagner afin qu'elles puissent développer leur autonomie dans une philosophie de rétablissement. Il peut s'agir, par exemple, de les assister à faire leur épicerie ou à développer leurs habiletés sociales. Ce soutien sera offert dans la communauté dès avril 2015.

Par ailleurs, des services de groupe sont aussi disponibles pour les personnes aux prises avec des problèmes psychosociaux ou de santé mentale. Cette approche les aide à briser leur isolement.

L'Unité familiale des naissances (UFN)

Tous les hôpitaux qui offrent des services d'obstétrique au Québec adhèrent au programme AMPRO, une approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux. L'UFN du CSSS DLL est passée à la deuxième étape de cette approche, qui vise à améliorer la sécurité des usagers et à promouvoir une culture de sécurité des usagers. La sécurité est une responsabilité que tous partagent : c'est un effort d'équipe. Une grande importance est accordée à la communication. Lorsqu'une urgence survient en obstétrique, la hiérarchie est mise de côté au profit de l'efficacité; de la formation est d'ailleurs donnée à cet effet. Des exercices de simulation préparent les équipes à toute éventualité. Enfin, les processus de routine et les événements malencontreux qui ont surgi font l'objet d'une analyse multidisciplinaire, que l'issue ait été grave ou non.

La certification du programme de réanimation néonatale a été reconduite et le programme d'accompagnement au deuil périnatal – dont le CSSS DLL peut s'enorgueillir à juste titre – est maintenu.

L'équipe interdisciplinaire vise un fonctionnement basé sur l'approche collaborative. Plusieurs moyens ont été mis en place pour soutenir cette approche, notamment un comité de vigie, un comité médico-nursing et des rencontres d'équipe régulières.

Famille-Enfance-Jeunesse (FEJ)

Le CSSS DLL a appris avec beaucoup de fierté que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) reconduisait sa certification attestant que l'établissement répond aux critères de l'« *Initiative des Amis des bébés* » (IAB). Lancée en 1991 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds des Nations unies pour l'enfance (Unicef), l'IAB encourage la création de milieux de soins où l'allaitement maternel constitue la norme. Largement reconnu comme étant la meilleure alimentation pour combler les besoins nutritionnels, immunologiques et affectifs liés à la croissance et au développement du nouveau-né, l'allaitement favorise également la santé de la mère. On peut

SUITE DES ACTIVITÉS AUPRÈS DES USAGERS – DIRECTION FEJ-SM-SP-ARA

lire le rapport d'évaluation publié à la suite de la visite du MSSS au : www.csssdll.qc.ca, Votre CSSS, Documentation, « *Initiative des Amis des bébés* ».

Une étroite collaboration a été instaurée entre l'équipe de la petite enfance et l'UFN afin d'assurer une continuité de services depuis les services prénataux jusqu'après l'accouchement, et au besoin par la suite.

Un projet Lean Santé a été mis sur pied pour la clientèle 0–17 ans. Il s'agit de raccourcir les délais entre le moment où une demande de service est faite en nutrition, en travail social ou en psychoéducation et le moment où l'utilisateur commence à recevoir le service. Les intervenants et les gestionnaires ont travaillé ensemble à concevoir un tableau de bord visant à déterminer les cibles à atteindre : diminuer de moitié le temps d'attente en nutrition, passant de 120 jours à 60 jours; réduire de 45 à 30 le nombre de jours requis avant de rencontrer un travailleur social; couper du tiers l'attente avant d'être vu en psychoéducation, soit de 90 à 60 jours.

Rayonnement

Le jury du Salon sur les meilleures pratiques d'affaires, qui a eu lieu au Palais des congrès de Montréal le 13 novembre 2014, a décerné le prix Bronze à l'équipe de Santé mentale du CSSS DLL pour son projet Lean Santé visant à réduire les délais d'attente pour la clientèle adulte suivie en santé mentale.

L'UFN a accordé une entrevue à « *Santé Québec* », la revue de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, en vue d'un article sur le rôle des infirmières auxiliaires du CSSS DLL qui travaillent en postpartum.

Accueil, Réception, Archives et Centre de documentation (ARA)

Le service d'accueil, réception, archives, centre de documentation (ARA) a connu une année mouvementée. L'arrivée d'un nouveau gestionnaire en décembre a permis de stabiliser les activités du service et d'en implanter de nouvelles.

SUITE DES ACTIVITÉS AUPRÈS DES USAGERS – DIRECTION FEJ-SM-SP-ARA

L'intégration de la numérisation de l'UFN vers le service ARA a été couronnée d'un succès.

L'achat du logiciel SARDO permettra de mettre en place le registre québécois du cancer alors que le rehaussement du logiciel Crescendo accroîtra l'efficacité pour la transcription des dictées.

Une réorganisation des lieux d'entreposage des archives a permis de rapatrier 900 boîtes de dossiers entreposées depuis près de deux ans. Les archivistes en CLSC, de concert avec l'agente administrative, se sont entraïdées afin de mettre à jour les données pour la création du registre de vaccination.

Recevant au-delà de 300 clients au comptoir d'accès à l'information mensuellement et répondant à plus de 9 000 demandes d'information annuellement, un approche Lean Santé sera implantée au cours des prochains mois à ce service afin de répondre à toutes les demandes et de combler les retards.

Cette année se démarque par une amélioration au niveau du climat de travail. Même s'il reste beaucoup de travail à accomplir, les personnel a su se mobiliser pour améliorer leur service et nous pouvons en être fiers.

2.2 DIRECTION DES PROGRAMMES SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DÉFICIENCE PHYSIQUE (SAPA-DP)

La clientèle de la direction des programmes Soutien à l'autonomie des personnes âgées et Déficience physique (SAPA-DP) est principalement composée d'aînés qui vivent soit à domicile ou dans une ressource intermédiaire, soit dans un centre d'hébergement du territoire de Dorval-Lachine-LaSalle ou à l'unité d'hébergement de l'Hôpital LaSalle. L'état de certaines personnes atteintes d'une déficience physique peut aussi exiger un soutien de la part de cette direction.

Le mandat des services de soutien à domicile (SAD) est de voir à l'application de la politique de soutien à domicile « *Chez soi : le premier choix* » et à l'actualisation du plan d'action régional pour les services aux personnes âgées. Les services du SAD comprennent des soins infirmiers, de l'aide à domicile par des auxiliaires en santé et services sociaux, des services de réadaptation, des services psychosociaux et des services de soins palliatifs.

Dans une perspective d'offre de service en continuité, la direction participe à la planification du retour à domicile dès qu'une personne âgée est hospitalisée et offre des soins à domicile à court terme pour la clientèle qui n'est pas en mesure de se rendre elle-même au CLSC pour recevoir des soins postopératoires ou posthospitaliers. Elle travaille en étroite collaboration avec les services communautaires, les entreprises d'économie sociale et les autres hôpitaux qui accueillent des personnes qui habitent sur le territoire du CSSS DLL.

La direction voit aussi à l'organisation des soins et des services dans les centres d'hébergement et les ressources intermédiaires, lorsque le maintien à domicile n'est plus possible. Elle a développé des milieux de vie dans lesquels sont offerts des soins et des services de qualité adaptés aux besoins de chacun. Lorsqu'un résident est hospitalisé, il peut revenir rapidement au centre d'hébergement, qui est en mesure de prendre en charge des personnes qui nécessitent des soins complexes, contribuant ainsi au désengorgement des urgences et des unités de soins de l'hôpital. Les centres d'hébergement peuvent aussi accueillir sur une base temporaire des personnes qui reçoivent du soutien à domicile, afin qu'elles puissent récupérer à la suite d'une hospitalisation.

SUITE DES ACTIVITÉS AUPRÈS DES USAGERS – DIRECTION SAPA-DP

Au quotidien

L'amélioration continue de la qualité est au cœur de toutes les actions de la direction SAPA-DP et ce, bien avant la préparation de la visite d'Agrément Canada. Cette philosophie est en effet omniprésente. Des plans d'action rigoureux ont permis de donner suite avec succès aux recommandations de l'organisme depuis sa dernière visite.

Plusieurs équipes d'amélioration continue de la qualité ont été mises sur pied afin de s'assurer que les normes d'agrément et les pratiques organisationnelles requises (POR) sont respectées. Une de ces équipes centre ses actions sur les services à domicile, y compris les ressources intermédiaires, une équipe a été affectée à chacun des centres d'hébergement et une dernière joue le même rôle à l'unité d'hébergement de l'hôpital.

Les visites du ministère de la Santé et des Services sociaux dans les centres d'hébergement, tous les deux ans, sont aussi une occasion de se pencher sur des critères qui contribuent au maintien de la qualité : le respect des droits de la clientèle, les habitudes de vie, la qualité du milieu de vie physique, l'attitude du personnel à l'endroit des résidents. La gestion des risques – notamment les erreurs de médicaments, les chutes et les plaies de pression – est également omniprésente. Sensible à l'importance de produire une déclaration chaque fois que survient un accident ou un incident et d'en divulguer l'information auprès des familles, le personnel s'acquitte de cette tâche avec rigueur afin d'éviter que de tels événements ne se reproduisent.

Enfin, des programmes de formation sont régulièrement offerts aux infirmières, aux infirmières auxiliaires et aux professionnels, ainsi qu'aux préposés aux bénéficiaires (PAB) et aux auxiliaires en santé et services sociaux, dans le but de constamment mettre à jour leurs connaissances et d'optimiser la qualité de leurs interventions dans leurs champs de compétences respectives.

Le mécanisme d'accès à l'hébergement

Le mécanisme d'accès à l'hébergement pour les adultes en perte d'autonomie a été décentralisé. À Montréal, cette décentralisation est en vigueur depuis le 9 mars 2015. Chacun des cinq centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) a mis en place un mécanisme visant à assurer une utilisation efficiente des lits d'hébergement de son territoire.

Le CSSS DLL a été désigné pour assumer cette responsabilité pour les quelque 2000 places en hébergement que compte le réseau territorial du CIUSSS ODIM. Cette décision reflète la reconnaissance de l'expertise de la direction SAPA-DP.

2.3 DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS, DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET DU PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE (DSIPPPSP)

La directrice des soins infirmiers, pratiques professionnelles et du programme Santé physique (DSIPPPSP) du CSSS DLL est responsable d'encadrer la qualité des soins et services infirmiers, tel que prévu dans la « *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ». L'établissement a choisi d'élargir son mandat en lui confiant la même responsabilité pour l'ensemble des professionnels qui y exercent. Un travail de collaboration est donc essentiel avec les autres directions cliniques, la direction de la qualité performance, le conseil des infirmières et infirmiers (CII) ainsi que le conseil multidisciplinaire (CM).

Deux indicateurs d'amélioration continue de la qualité

Le CII et le CM ont pour mandat d'apprécier la qualité des actes de leurs membres respectifs. En collaboration avec des représentants de ces deux conseils, la DSIPPPSP s'est livrée à un exercice visant à mesurer l'amélioration continue de la qualité des soins, tant de la part du personnel en soins infirmiers que des autres professionnels qui exercent dans l'établissement. Deux dossiers ont été ciblés : « *la prévalence des plaies de pression* » et les « *risques de chutes* » de la clientèle. Dans un cas comme dans l'autre, un tableau de la situation a d'abord été dressé.

La prévalence des plaies de pression

Conséquence de l'immobilité de l'usager dans son lit, les plaies de pression, communément appelées « *plaies de lit* », sont directement liées à la qualité des soins. Le personnel doit encourager les usagers à se lever pour éviter ce problème. Lorsqu'un usager ne peut le faire, d'autres solutions sont possibles et, au besoin, plusieurs professionnels peuvent être mis à contribution. Ainsi, un physiothérapeute suggérera des interventions de mobilisation passive – par exemple tourner l'usager – pour éviter que des points de pression sur le matelas causent des plaies ; un ergothérapeute pourra proposer une surface thérapeutique qui contribuera à limiter la friction ; une nutritionniste s'assurera que l'alimentation de l'usager correspond bien à ses besoins.

SUITE DES ACTIVITÉS AUPRÈS DES USAGERS – DSIPPPSP

Ces gestes sont-ils posés ? Les usagers souffrent-ils de plaies de pression ? Pour le savoir, un sondage a été effectué le 10 décembre 2014. Une équipe a procédé à l'examen physique de 73 usagers aux soins intensifs, à l'unité de médecine chirurgie, au programme d'hébergement pour évaluation et en centre d'hébergement. Le constat : 62 % des usagers ne présentaient pas de plaies de pression. Des 38 % chez qui on a pu en observer, très peu avaient atteint ou dépassé le stade 3, donc grave; certains en étaient porteurs avant l'hospitalisation.

Des plans d'action et de formation ont été adoptés. L'accent sera désormais mis sur les interventions de prévention (mobilisation, hydratation, nutrition). Dans le cadre de la mise en place du programme de marche et de mobilité, un préposé aux bénéficiaires (PAB) qui relève de l'équipe de réadaptation, accompagne les usagers qui ont besoin d'aide physique pour marcher. Des bénévoles ont reçu de la formation pour accompagner les personnes qui peuvent marcher sans aide mais qui ont besoin d'être motivées.

Les risques de chutes

Par le passé, un programme de formation et des outils d'évaluation et d'identification de la clientèle à risque de chutes avaient été implantés. Pourtant, des chutes sont encore signalées. Pourquoi ? Une équipe a analysé 160 dossiers d'usagers dans tous les secteurs du CSSS DLL, sauf à domicile et à l'UFN. Cette clientèle fera l'objet d'un audit au cours de l'année à venir.

L'analyse des dossiers a permis de constater que certains outils sont bien utilisés, mais qu'il y a place à l'amélioration en ce qui concerne l'évaluation des risques. En outre, la contribution de certains professionnels n'est pas toujours mise à profit. De plus, même si les chutes sont signalées, le bât blesse en ce qui concerne l'analyse post-chute, alors qu'une telle analyse permettrait d'éviter que les mêmes incidents se reproduisent. L'exercice a permis à la DSIPPPSP de savoir où concentrer ses efforts afin d'endiguer les risques de chutes.

SUITE DES ACTIVITÉS AUPRÈS DES USAGERS – DSIPPPSP

Deux projets Lean Santé

Deux cadres-conseils ont participé à une formation de deuxième cycle en gestion de l'amélioration continue et de la performance donnée par des experts de l'approche Lean Santé. Au terme de cette formation, les étudiants doivent réaliser un projet d'intégration. La clientèle du CSSS DLL a pu bénéficier du fruit de ces projets, dont la « *réparation d'appareils médicaux* » et la « *clinique de planification familiale* ».

La réparation d'appareils médicaux

Des appareils médicaux sont utilisés dans les unités de soins pour faire le monitoring de la clientèle. Lorsque ces appareils ont besoin d'être réparés, une requête est acheminée auprès du Service de génie biomédical. Les délais sont parfois longs entre l'envoi de la requête et le retour de l'appareil réparé dans l'unité de soins, ce qui a un impact sur les services à la clientèle et génère de l'insatisfaction de la part des soignants. Le projet d'intégration visait à analyser le processus de demande de réparation et à raccourcir les délais. Les résultats obtenus favoriseront la mise sur pied d'un plan d'action au cours de la prochaine année.

La clinique de planification familiale

Le deuxième projet d'intégration a porté sur la clinique de planification familiale. Le ministère de la Santé et des Services sociaux souhaite que les activités d'interruption volontaire de grossesse (IVG) actuellement effectuées dans des cliniques privées soient rapatriées au public. Le CSSS DLL, qui effectue déjà plus de 1000 IVG annuellement, s'est engagé à augmenter sa capacité à 2500 par année. Le projet d'intégration avait pour objectif de raccourcir le temps qu'une usagère passe dans l'établissement pour obtenir ce service. Toutes les étapes ont été scrutées à la loupe. Les dédoublements ont été éliminés; par exemple, le médecin et l'infirmière reçoivent désormais l'usagère en entrevue ensemble. Pour éviter aux personnes des déplacements inutiles, la carte d'hôpital et le centre de prélèvement sont maintenant offerts sur place. Toutes ces interventions ont contribué à réduire de moitié le temps qu'elles passent à la clinique. L'exercice a également

SUITE DES ACTIVITÉS AUPRÈS DES USAGERS – DSIPPPSP

permis d'améliorer l'environnement, désormais plus agréable et fonctionnel tant pour la clientèle que pour les personnes qui y travaillent.

Formation

La DSIPPPSP est responsable de la mise à jour des connaissances des infirmières et des autres professionnels de la santé, l'amélioration continue de la qualité étant indissociable des activités de formation.

Chaque année, le CSSS DLL reçoit des stagiaires en soins infirmiers, individuellement ou en groupe (voir tableau). Il reçoit également des stagiaires de diverses disciplines professionnelles, dont plus de la moitié sont embauchés par la suite.

Stages en soins infirmiers	Nombre d'étudiants		Nombre total d'heures	
	2013-2014	2014-2015	2013-2014	2014-2015
Individuels	79	114	9 591	14 226
En groupe	1 637	1 639	117 171	122 309
TOTAL	1 716	1 753	126 762	136 535

2.4 DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET HOSPITALIERS (DSPH)

La prévention des infections, l'imagerie médicale (radiographies, échographies, etc.), la biologie médicale (laboratoires) et la pharmacie relèvent de la direction des services professionnels et hospitaliers (DSPH). En 2014-2015, plusieurs des activités d'amélioration continue de cette direction concernaient la pharmacie.

Table locale des pharmaciens

Tous les pharmaciens qui exercent sur le territoire de Dorval-Lachine-LaSalle font partie de la table locale des pharmaciens instaurée en janvier 2015. Pierre angulaire de la communication, cette table favorise le développement de liens cliniques entre les pharmaciens qui exercent tant dans les installations du CSSS DLL que dans les pharmacies de quartier, et entre les pharmaciens et d'autres professionnels de la santé. Ces liens leur permettent de bien cerner les divers enjeux cliniques et les besoins de la population locale. Ils sont alors à même de proposer des pistes de solution qui favorisent l'accessibilité à des soins coordonnés et continus, car l'utilisateur est au cœur de toutes leurs discussions.

Le médicament suit un circuit de 54 étapes

Un comité du circuit sécuritaire du médicament mis en place à l'été 2014 a pour mandat d'assurer une prestation de soins sécuritaires et de qualité depuis la rédaction de l'ordonnance jusqu'à la surveillance clinique post-administration. Ce circuit très complexe comporte 54 étapes. Chacune d'elles doit être exécutée dans le plus grand respect des normes de sécurité, afin d'éviter tout incident ou accident pour l'utilisateur.

Interdisciplinaire, le comité est responsable d'assurer l'intégration des POR par Agrément Canada et le suivi du plan d'action d'amélioration continue de la qualité. Il assure aussi la mise en application des outils de travail liés au circuit sécuritaire du médicament et la communication entre le Département de pharmacie et les soins infirmiers. Enfin, le comité a la responsabilité d'analyser les erreurs médicamenteuses, les événements indésirables et les situations à risque liées au circuit du médicament.

SUITE DES ACTIVITÉS AUPRÈS DES USAGERS – DSPH

Pour s’acquitter de ces responsabilités, le comité axe toutes ses activités professionnelles sur la sensibilisation et l’information : médicaments d’alerte élevée, abréviations dangereuses, bilan comparatif des médicaments, rédaction de bulletins d’information à l’intention de tous les professionnels et diverses activités de formation qui favorisent l’amélioration continue de la qualité.

Les prélèvements

Le centre de prélèvements du CSSS DLL a été temporairement relocalisé, pendant que des travaux de rénovation sont effectués dans le but de rendre l’environnement convivial. Un écran numérique diffusera des messages de prévention dans la salle d’attente.

Les ententes de services pour les laboratoires de biologie médicale avec le CSSS du Sud-Ouest-Verdun et celles en pathologie et cytologie avec le Centre universitaire de santé McGill ont été révisées. Elles tiennent compte des normes et des POR d’Agrément Canada.

Le virus Ebola

Un plan d’action a été mis sur pied afin de parer à toute éventualité, advenant le cas où une personne porteuse du virus Ebola se présenterait au CSSS DLL. Des professionnels de la santé à l’urgence et à l’UFN ont été formés, car il est essentiel que chacun connaisse les règles pour éviter tout risque de propagation. À la suite de la diffusion de ce plan et de la formation du personnel, un exercice de simulation a été réalisé et a permis de consolider de façon pratique et en contexte les procédures requises pour une intervention de qualité auprès de l’usager et de l’équipe soignante.

SUITE DES ACTIVITÉS AUPRÈS DES USAGERS – DSPH

Prévention des infections

Afin de réduire les risques de transmission des infections, notamment par les bactéries multirésistantes, l'équipe de prévention et de contrôle des infections a pour principal mandat d'effectuer la surveillance dans toutes les installations du CSSS DLL.

Dans une perspective d'amélioration continue, l'équipe d'infirmières en prévention des infections poursuit ses activités de surveillance régulière. Elle y a ajouté la surveillance à l'égard des infections urinaires sur sonde, des plaies chirurgicales postopératoires et des infections nosocomiales.

Recommandations du coroner

Le CSSS DLL n'a fait l'objet d'aucune recommandation de la part du coroner au cours de l'exercice 2014-2015.

Types d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance systématique

Clostridium difficile :	4 éclosions de courte durée
Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) :	0 cas
Entérocoques résistant à la vancomycine (ERV) :	3 cas
Gastroentérite :	1 en longue durée
Infections urinaires sur sonde :	0 cas
Plaies chirurgicales postopératoires :	22 cas d'infections de plaies colorectales (révision des dossiers de césariennes non terminée)

SUITE DES ACTIVITÉS AUPRÈS DES USAGERS – DSPH

Effectifs médicaux

	Médecins spécialistes	Spécialistes en médecine familiale	Pharmaciens
Hôpital de LaSalle	47	50	5
CLSC et centres d'hébergement	0	22	1*
TOTAL	47	72	6*

*Une pharmacienne de Pharmacie Morin, notre partenaire, a servi trois des centres d'hébergement du CSSS DLL. Cette responsabilité sera rapatriée à l'interne en mai 2015, afin que l'établissement soit désormais l'unique maître d'œuvre de la gestion des médicaments.

Services diagnostiques de la direction des services professionnels et hospitaliers

Radiologie générale	18 501 examens
Échographies générales et Doppler	6 345 examens
Échographies obstétricales	6 045
Échographies gynécologiques	1 543
Échographies cardiaques	1 888
Tomodensitométrie axiale	8 164
Résonance magnétique	3 101
Centre de prélèvements	43 893 procédures

2.5 LES SERVICES OFFERTS EN UN COUP D'ŒIL

2.5.1 DIRECTION DES PROGRAMMES FAMILLE-ENFANCE-JEUNESSE, SANTÉ MENTALE, SANTÉ PUBLIQUE, ACCEUIL, RÉCEPTION, ARCHIVES ET CENTRE DE DOCUMENTATION (FEJ-SM-SP-ARA)

Services : Périnatalité – Unité familiale des naissances (UFN)

- Bloc obstétrical
- Clinique GARE (grossesses à risques élevés)
- Premier contact (triage obstétrical)
- Travail et accouchement
- Mère-enfant
- Soins intermédiaires en néonatalogie
- Clinique de suivi postnatal
- Clinique d'allaitement
- Visites prénatales
- Deuil périnatal
- Clinique d'échographies

Approches privilégiées

- Approche TARP (travail, accouchement, récupération, postpartum dans une chambre unique privée)
- Peau à peau à la naissance
- Accompagnement à l'allaitement
- Accompagnement au deuil périnatal

Partenariats

- Partenariat avec les sages-femmes
- Partenariat avec les acupuncteurs

SUITE DES SERVICES OFFERTS EN UN COUP D'ŒIL - FEJ-SM-SP-ARA

Services : Petite enfance

- Rencontres prénatales : rencontres de groupe pour futurs parents
- Visites postnatales
- Halte-allaitement
- Clinique d'allaitement
- Clinique de suivi du poids des nouveau-nés
- Premières années : rencontres de groupe parents-enfants de 0 à 5 ans
- Clinique de vaccination : vaccination des enfants de 0 à 5 ans
- Suivis individuels à la famille : soins infirmiers, psychosociaux, auxiliaires familiales, psychoéducation, nutrition et orthophonie
- Groupes de stimulation animés par des psychoéducatrices
- Groupe d'habiletés parentales animé par une psychoéducatrice
- Groupe en nutrition pour répondre aux questions – enfants de 0 à 5 ans
- Programme OLO : suivi individuel des femmes enceintes ayant un faible revenu, assuré par une nutritionniste, une infirmière et une travailleuse sociale
- Programme Oasis-Grossesse : programme de nutrition
- Programme SIPPE (services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance) : suivi individuel des familles vulnérables, assuré par une infirmière, une nutritionniste et une travailleuse sociale
- Entente avec des centres de la petite enfance (CPE)
- Programme IEP (intervention éducative précoce)
- Services d'auxiliaires familiales
- Partenariat et activités avec les organismes communautaires

SUITE DES SERVICES OFFERTS EN UN COUP D'ŒIL - FEJ-SM-SP-ARA

Services généraux à la jeunesse

Services : Santé scolaire

- Vaccination dans les écoles des élèves de 4^e année (hépatite A et B et VPH) et de secondaire 3 (diphtérie, coqueluche, tétanos, varicelle, VPH et autres)
- Relevé des carnets de vaccination des maternelles, 1^{re} et 4^e année
- Cliniques de rattrapage en vaccination trois jours par semaine pour les enfants et les jeunes
- Participation aux campagnes de vaccination massive
- Activités de prévention et de promotion de la santé dans les classes
- Activité « *Bienvenue à la maternelle* »
- Suivi individuel auprès des jeunes ayant des problèmes de santé : allergies sévères, diabète, épilepsie, problèmes cardiaques, etc.
- Ateliers offerts au CLSC pour les parents et enfants ayant une allergie sévère
- Suivi auprès des parents et des enfants aux prises avec des problèmes de pédiculose ou de maladies infectieuses (gale, punaises, teignes, etc.)
- Initiation à la contraception hormonale pour les jeunes de 14 ans et plus
- Administration de la pilule du lendemain
- Assistance et suivi des personnes souffrant d'infections transmissibles sexuellement et par le sang, ainsi que de leur partenaire
- Dépistage d'infections transmissibles sexuellement et par le sang, pour les garçons à l'école
- Tests de grossesse, consultations et références si grossesse
- Information au personnel de l'école dans la procédure des premiers soins et collaboration aux premiers soins d'urgence

Services : Clinique jeunesse

- Dépistage et suivi des maladies transmises sexuellement et par le sang
- Initiation à la contraception hormonale
- Administration de la pilule du lendemain

SUITE DES SERVICES OFFERTS EN UN COUP D'ŒIL - FEJ-SM-SP-ARA

- Tests de grossesse, consultations et références si grossesse
- Enseignement sur la prévention des infections transmises sexuellement et par le sang
- Mise à jour de la vaccination
- Évaluation nutritionnelle et plan de traitement nutritionnel avec suivis sans références médicales

Services : Programme hygiène dentaire

- Promotion et prévention de saines habitudes de vie en santé dentaire
- Suivis préventifs individualisés en milieu scolaire pour les enfants de la maternelle à la 2^e année présentant un risque de caries dentaires
- Applications du fluorure selon certains critères et participation à des activités d'éducation à la santé dentaire

Jeunesse et déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement (DI-TED)

Services : FEJ (6-17 ans)

- Services psychosociaux offerts aux familles et aux jeunes de 6 à 17 ans; travail social scolaire dans les écoles primaires et secondaires de Dorval, de Lachine et de LaSalle
- Services de psychoéducation pour les enfants de 6 à 17 ans
- Interventions auprès de familles en crise par l'équipe Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE)
- Groupes pour les parents d'adolescents, groupes pour les parents d'enfants qui ont un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), groupes pour les enfants de parents divorcés, conférences variées sur divers sujets pour les parents

Services : DI-TED (0-100 ans)

- Services psychosociaux pour toute personne ayant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED)

SUITE DES SERVICES OFFERTS EN UN COUP D'ŒIL - FEJ-SM-SP-ARA

- Écoute, soutien et accompagnement auprès de la personne et de sa famille
- Recherches et démarches diverses : demandes de camps, programme d'accompagnement au loisirs, garderies, ressources spécialisées, écoles, répit, etc.
- Soutien aux proches aidants : répit, dépannage, gardiennage par des allocations directes
- Programme d'intervention en stimulation chez l'enfant (PISTACHE)

Services : Santé mentale et services psychosociaux généraux

- Guichet d'accès en santé mentale aux adultes (18-100 ans)
- Guichet d'accès jeunesse
- Services généraux psychosociaux aux adultes
- Accueil psychosocial
- Services en santé mentale aux jeunes
- Services aux personnes ayant un problème de dépendance

Services : Santé publique, développement des communautés et sécurité civile (volet psychosocial)

- Services de prévention clinique :
 - Soutien individuel aux saines habitudes de vie par le centre d'éducation à la santé
 - Soutien individuel à la cessation tabagique par le centre d'abandon du tabac
 - Soutien de groupe à la cessation tabagique
 - Soutien au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)
 - Soutien aux milieux cliniques de première ligne, pharmacies, organisations du territoire par l'infirmière-conseil en prévention clinique
 - Organisation de différentes campagnes locales de prévention telles « *Défi J'arrête, j'y gagne !* », « *Défi Santé 5-30 Équilibre* » et « *Défi Climat* »
- Implantation des actions soutenant le développement de la politique alimentaire au CSSS DLL

SUITE DES SERVICES OFFERTS EN UN COUP D'ŒIL - FEJ-SM-SP-ARA

- Équipe de soutien pour l'implantation des programmes de santé publique tels que « *Écoles et milieux en santé* », environnement favorable en petite enfance, sécurité alimentaire et prévention de l'abus aux aînés
- Équipe de soutien aux communautés (organisation communautaire et travail de quartier) dans des projets qui influent sur les facteurs collectifs ayant une incidence sur la santé et le bien-être, tels que les revitalisations urbaines intégrées, la lutte contre la pauvreté et le développement social
- Soutien à la population lors d'épisodes de chaleur accablante
- Intervention psychosociale d'urgence en cas de sinistre.

Services : Accueil, Réception, Archives et Centre de documentation (ARA)

- Numérisation des dossiers
- Accueil et admission de la clientèle en CLSC et à l'Hôpital de LaSalle
- Centre de documentation pour les médecins et employés
- Gestion et classement des archives
- Codification des archives
- Transcription des dictées médicales
- Service d'accès à l'information
- Soutien au comité d'évaluation de l'acte médical
- Registre du cancer
- Soutien aux recherches

2.5.2 DIRECTION DES PROGRAMMES SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES ET DÉFICIENCE PHYSIQUE (SAPA-DP)

Services : Soutien en milieu de vie non institutionnel

- Soins infirmiers
- Aide à domicile
- Services psychosociaux
- Réadaptation : ergothérapie, physiothérapie
- Nutrition clinique
- Centres de jour
- Hébergement en ressources intermédiaires (RI)
- Équipe sous-régionale de psychogériatrie (deuxième ligne), qui couvre les territoires du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle, du CSSS du Sud-Ouest-Verdun et du CSSS de l'Ouest-de-l'Île
- Mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH)

Programmes et services : Soutien en milieu de vie institutionnel

- Hébergement permanent :
 - Unité spécifique de type 1
 - Unité prothétique
 - Programme d'évaluation, d'intervention et d'orientation (PEIO) :
 - Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF)
 - Programme d'hébergement pour évaluation (PHPE)
- Hébergement temporaire pour motifs :
 - Convalescence
 - Répit et dépannage
 - Urgence sociale

Services

- Soins infirmiers et soins d'assistance
- Soins médicaux et services pharmaceutiques

SUITE DES SERVICES OFFERTS EN UN COUP D'ŒIL - SAPA-DP

- Services psychosociaux et de nutrition clinique
- Services de réadaptation et de rééducation : ergothérapie, physiothérapie, éducation spécialisée
- Services d'animation loisirs, de bénévolat et de soins spirituels.

2.5.3 DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS, DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET DU PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE (DSIPPPSP)

Services : Soins aigus

- Urgence
- Soins intensifs
- Médecine-chirurgie

Services : Chirurgie

- Clinique préadmission
- Bloc opératoire
- Salle de réveil
- Endoscopie
- Stérilisation
- Électrophysiologie cardiaque
- Inhalothérapie
- Fonction respiratoire
- Chirurgie d'un jour

Services : Ambulatoires

- Médecine de jour
- Services courants de santé
- Accueil centralisé
- Groupe de médecine familiale (GMF)
- Cliniques externes – relance
- Chirurgie mineure
- Clinique de diabète – HTA
- Dépistage du cancer du sein
- Interruption volontaire de grossesse (IVG)
- Planification familiale
- Guichet d'accès pour la clientèle sans spécialiste en médecine familiale

2.5.4 DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS ET HOSPITALIERS (DSPH)

Services et départements :

Services

- Prévention des infections
- Secrétariat du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Départements

- Anesthésie-réanimation
- Biologie médicale (laboratoires)
- Chirurgie
- Imagerie médicale
- Médecine familiale
- Médecine spécialisée
- Obstétrique-gynécologie et pédiatrie néonatale
- Pharmacie

3- ACTIVITÉS DE GESTION

3.1 PROJET ORGANISATIONNEL : LE DOSSIER CLINIQUE INFORMATISÉ (DCI)

Oacis – Pour une meilleure pratique professionnelle, mais surtout, pour une amélioration du service aux usagers!

Visualisez l'épaisseur monstre du dossier papier d'un usager suivi dans notre établissement depuis les trente dernières années. Vous cherchez cette petite note que vous aviez prise lors d'une consultation il y a quatre ans. Révolue, cette façon de faire? Lorsqu'il est question de numérisation des dossiers cliniques, c'est précisément à l'antithèse de ce dont il est ici question. Mais entre les deux, il y a de longues et multiples étapes.

Cette nouvelle et très avantageuse technologie permet entre autres aux cliniciens de partager l'information. Résultat : un meilleur service à la clientèle, dans le respect des dispositions des lois sur l'accès à l'information et à la confidentialité.

Consultés sur leur appréciation de l'outil, 81 % des cliniciens ayant répondu au sondage considèrent la numérisation du dossier clinique comme un apport positif à leur pratique professionnelle, plus spécifiquement au niveau de la classification des notes professionnelles, de l'accès simultané à plusieurs cliniciens, de l'harmonisation des processus et de la traçabilité des consultants au dossier. Ils désirent par ailleurs avoir plus d'information sur la sécurité informatique et la confidentialité des données. Un plan d'action a été élaboré en ce sens.

Conscients de la complexité de ce nouvel outil, nous avons travaillé fort pour faciliter son utilisation aux cliniciens, en produisant notamment des guides d'utilisation, des aide-mémoire et des trucs et alertes. Le jeu en vaut la chandelle, puisque les bénéfices en matière d'amélioration continue et surtout de travail en interdisciplinarité sont immenses.

Où en sommes-nous?

L'implantation du visualiseur (cette portion de l'écran Oacis qui donne accès aux notes) dans certains services de l'hôpital et dans les centres d'hébergement, suivie de la numérisation des

SUITE DES ACTIVITÉS DE GESTION – PROJET ORGANISATIONNEL : DOSSIER CLINIQUE INFORMATISÉ (DCI)

dossiers papier du CLSC de LaSalle, étant chose faite, le déploiement s’est poursuivi par des réalisations bien concrètes :

- Numérisation et visualiseur au CLSC de Dorval-Lachine
- Numérisation des fonds d’archives des deux CLSC
- Numérisation des dossiers cliniques de l’UFN
- Planification en vue du déploiement de la numérisation des dossiers cliniques pour le programme de Santé physique et les centres d’hébergement
- Documentation clinique (inscription des paramètres, allergies et intolérances, échelles d’évaluation) : en pilotage à la clinique de médecine spécialisée
- Gestion des ordonnances d’imagerie (processus d’aller-retour) entre les soins intensifs et l’imagerie médicale de l’hôpital. Nous sommes le premier CSSS à tester cette fonctionnalité
- Mandat d’étude pour l’intégration d’un module de gestion documentaire électronique avec le DCI Oacis en 2015-2016

La participation active du service des archives à titre d’expert permet de s’assurer du respect de la confidentialité et du maintien de la qualité des données du dossier clinique (papier/numérisé) et de l’harmonisation des rôles, responsabilités et services offerts.

Note sur le dossier de santé du Québec (DSQ)

Bien des gens confondent encore le DCI Oacis (le dossier clinique d’un établissement donné), et le DSQ (un outil mis à la disposition des professionnels leur permettant d’accéder rapidement à des renseignements jugés essentiels aux services de première ligne et à un continuum de soins de qualité).

Nous avons déployé le DSQ à l’urgence et à la pharmacie de l’Hôpital de LaSalle, dans le « *Groupe de médecine familiale* » (GMF) de notre CSSS, ainsi qu’aux CLSC (soins courants et soutien à domicile) et centres d’hébergement. Concrètement, ce sont 125 utilisateurs (médecins, infirmières, pharmaciens et assistants techniques pharmaciens) qui ont dorénavant accès au DSQ.

SUITE DES ACTIVITÉS DE GESTION – PROJET ORGANISATIONNEL : DOSSIER CLINIQUE INFORMATISÉ (DCI)

À venir

La phase II d'implantation du DCI permettra non seulement de consulter des documents à l'écran, mais d'inscrire directement de l'information au dossier. Vraiment enthousiasmant!

3.2 DIRECTION DE L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET DE LA PERFORMANCE

Agrément

L'amélioration continue de la qualité doit s'inscrire dans l'ADN d'une organisation et s'intégrer dans toutes les stratégies que nous concevons. Le plus petit geste que nous posons doit être porteur du sceau de la qualité. Dans ce contexte, l'agrément serait simplement le reflet de ce travail d'une impeccable et constante qualité... ce qui est peu probable, puisque tout travail est en soi perfectible. C'est donc avec une dose de modestie que nous soumettions le fruit de nos efforts aux visiteurs. Dans la mire : 2556 normes!

Résultat : nous obtenons le statut « *Agréé* », avec un taux moyen de conformité de 87,2 %. Plus spécifiquement, une dizaine d'équipes ont obtenu un score de plus de 90 %, et l'équipe d'obstétrique se démarque par une note parfaite.

Autres faits saillants

Nous avons souhaité nous doter d'outils afin d'encore mieux intégrer la qualité à nos pratiques. Ainsi, nous avons élaboré un plan d'action intégré d'amélioration continue de la qualité et de la performance et un plan de sécurité des usagers.

Dans la perspective de monitorer notre performance, nous avons conçu des tableaux de bord à l'attention du Conseil d'administration et des directeurs, pour bien suivre les cibles de l'entente de gestion.

Lean Santé et révision de processus

L'intégration de la culture Lean Santé se poursuit. Pour ce faire, les directeurs ont été formés sur le pilotage stratégique du Lean Santé et douze gestionnaires ont été formés sur la philosophie et la révision de processus. Les membres du CM, du CII et du conseil d'administration (CA) ont également été sensibilisés à la philosophie Lean Santé.

SUITE DES ACTIVITÉS DE GESTION –DIRECTION DE L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET DE LA PERFORMANCE

Un kiosque d'information sur la teneur des projets Lean Santé a été mis en place à l'intention du personnel et des visiteurs. Une tournée a permis d'aller à leur rencontre.

Enfin et très concrètement, une dizaine de projets en révision de processus et quinze marches Gemba de niveau stratégique ont été réalisés par les membres du comité de direction dans huit secteurs de l'établissement.

Projets complétés en cours d'année	Directions
Optimisation de l'offre de service en clinique de planification familiale	DSIPPPSP
Révision du processus de libération syndicale	DRH

Rayonnement

Question d'être stimulés et challengés, nous avons participé au colloque de la Communauté virtuelle de pratiques en amélioration continue (CvPAC) en présentant deux projets. Nous avons également soumis un projet au Salon des meilleures pratiques d'affaires du Mouvement québécois de la qualité (MQQ), projet pour lequel nous avons remporté le prix Bronze, coup de cœur du Salon pour le projet intitulé « *Révision de la trajectoire santé mentale adulte* ».

L'amélioration continue de la qualité place la barre haute en matière d'exigences, mais elle est aussi une grande source de satisfaction pour peu qu'on garde en tête la santé des usagers.

3.3 RAPPORT DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Conformément à l'article 33 de la « *Loi sur les services de santé et les services sociaux* », le rapport d'activité de la gestion des plaintes pour l'année 2014-2015, portant sur l'application du Règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers du CSSS DLL, présente les activités liées au respect et à la promotion des droits des usagers, au traitement diligent de leurs plaintes ainsi qu'à la satisfaction et à la qualité des services. Ces activités découlent des fonctions que la loi confère à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, aux médecins examinateurs et au comité de révision.

Bilan des dossiers

2014-2015					
Plaintes reçues		Assistances	Consultations	Interventions	Comité de révision
Non médicales	médicales				
157	14	75	3	14	3
TOTAL : 266 dossiers					

Bilan comparatif

Années	Plaintes non médicales	Plaintes médicales	Assistances	Consultations	Interventions	Comité de révision	TOTAL
2014-2015	157	14	75	3	14	3	266
2013-2014	116	14	65	0	6	1	202
2012-2013	91	11	87	3	11	2	205

SUITE DES ACTIVITÉS DE GESTION – RAPPORT DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Motifs d'insatisfaction

Motifs	Nombre	Pourcentage
Accessibilité	52	18 %
Aspects financiers	16	5 %
Droits particuliers	26	9 %
Organisation du milieu et des ressources matérielles	45	17 %
Relations interpersonnelles	62	21 %
Soins et services dispensés	86	30 %
TOTAL	287	100 %

Note : un dossier pouvant contenir plus d'un motif d'insatisfaction, il est normal que le nombre total de motifs soit supérieur à celui du nombre de dossiers.

Motifs des plaintes : comparaison

2013-2014 / 2014-2015		
Motifs des plaintes	2013-2014	2014-2015
Accessibilité et continuité	33	52
Soins et services dispensés	84	86
Relations interpersonnelles	54	62
Organisation du milieu et ressources matérielles	22	45
Aspect financier	15	16
Droits particuliers	28	26
TOTAL	236	287

**SUITE DES ACTIVITÉS DE GESTION – RAPPORT DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES
ET À LA QUALITÉ DES SERVICES**

Vue d'ensemble des dossiers par installation			
Installations	Dossiers non médicaux (CLPQS) ¹	Plaintes médicales (MED EX) ²	Nombre total de dossiers
Hôpital de LaSalle (autre que l'hébergement)	135	14	149
CLSC de Dorval – Lachine et de LaSalle	65	0	65
Hébergement (Hôpital de LaSalle et centres d'hébergement de Dorval, de Lachine, de LaSalle et Nazaire-Piché)	40	0	40
Sous-total des installations	240	14	254
Ressources intermédiaires (Les Floralties de Lachine, Les Floralties de LaSalle, Les Pavillons LaSalle, Villa Sainte-Anne)	12	0	12
TOTAL	252	14	266

¹ Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

² Médecin examinateur

SUITE DES ACTIVITÉS DE GESTION – RAPPORT DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Répartition des dossiers par type d'installation

Installations	Plaintes	Assistances	Consultations	Interventions	Comité de révision	TOTAL
Hôpital de LaSalle (autre que l'hébergement)	112	29	1	4	3	149
CLSC de Dorval-Lachine et de LaSalle	30	30	0	5	0	65
Hébergement (Hôpital de LaSalle et centres d'hébergement de Dorval, de Lachine, de LaSalle et Nazaïre-Piché)	23	12	1	4	0	40
Sous-total des installations	165	71	2	13	3	254
Ressources intermédiaires (Les Floralties de Lachine, Les Floralties de LaSalle, Les Pavillons LaSalle et Villa Sainte-Anne)	6	4	1	1	0	12
TOTAL	171	75	3	14	3	266

Rapport du médecin examinateur

Quand la plainte concerne un médecin, la commissaire la transmet au médecin examinateur, dont le rôle est d'étudier le dossier et d'envoyer ses conclusions à l'utilisateur. Si ce dernier estime que la réponse du médecin examinateur ne correspond pas à ses attentes, il peut se tourner vers le comité de révision du CSSS DLL.

SUITE DES ACTIVITÉS DE GESTION – RAPPORT DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Le médecin examinateur a reçu 14 plaintes d’usagers à l’endroit de médecins. Les plaintes portaient principalement sur les soins et services dispensés ainsi que sur les relations interpersonnelles.

Les plaintes ont été conclues sans mesure. À la fin de l’exercice 2014-2015, trois dossiers étaient encore à l’étude.

Bilan des dossiers de plaintes au médecin examinateur, selon l’étape d’examen

Années	En cours d’examen au début de l’exercice	Reçus durant l’exercice	Conclus durant l’exercice	En cours d’examen à la fin de l’exercice	Transmis au deuxième palier
2014-2015	4	14	15	3	3
2013-2014	0	13	9	4	1
2012-2013	0	11	11	0	2

Délai de traitement des dossiers de plaintes conclus par le médecin examinateur

Années	Nombre de plaintes traitées 0 – 3 jours	Nombre de plaintes traitées 4 – 15 jours	Nombre de plaintes traitées 16 – 30 jours	Nombre de plaintes traitées 31 – 45 jours	Nombre de plaintes traitées 46 jours et plus	TOTAL du nombre de plaintes traitées
2014-2015	0	1	2	7	5	15
2013-2014	0	1	3	3	2	9
2012-2013	0	1	2	6	2	11

SUITE DES ACTIVITÉS DE GESTION – RAPPORT DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Comité de révision

L'utilisateur et le professionnel visés par une plainte étudiée par le médecin examinateur peuvent tous deux se prévaloir d'un recours en deuxième instance en s'adressant au comité de révision. Ce dernier, à la lumière des informations recueillies, peut confirmer les conclusions du médecin examinateur, requérir que la plainte soit revue par le médecin examinateur ou recommander toute mesure visant à concilier les deux parties.

Dans les trois dossiers étudiés, le comité a entériné la conclusion du médecin examinateur.

3.4 DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES (DRH)

L'année 2014-2015 aura été placée à l'enseigne de la qualité de vie au travail et d'une efficience accrue de certains modes de fonctionnement, l'un n'excluant pas l'autre. À cet égard, les éléments clés sur lesquels nos efforts ont porté : des relations de travail harmonieuses, idéalement dénuées de harcèlement, des horaires de travail bien adaptés et la réduction de la main-d'oeuvre indépendante (MOI). Des projets Lean Santé ont contribué à une meilleure efficience.

Relations avec le personnel

Projet Optima

Dans la perspective d'améliorer la conciliation travail-vie privée et de favoriser l'attraction et la rétention du personnel, nous avons poursuivi l'implantation du projet Optima, projet qui vise à revoir l'aménagement du temps de travail des infirmières et infirmières auxiliaires (horaire de 4 jours par semaine, fins de semaine de 12 heures). Ainsi, les infirmières de l'UFN, et de l'urgence, jouissent dorénavant des avantages de ces nouveaux horaires et les modalités sont à définir pour les soins intensifs. Ce travail est le fruit d'une collaboration avec le syndicat SPSDLL.

Cette formule permet aussi de pourvoir les postes vacants et de réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) et au temps supplémentaire (TS).

Gestion des activités de remplacement

Réduction de la main d'œuvre indépendante (MOI) et du temps supplémentaire (TS)

La réduction du recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) et du temps supplémentaire (TS) s'inscrivent autant dans nos préoccupations organisationnelles d'assurer des services sécuritaires et de qualité à notre clientèle, que dans les orientations ministérielles.

Un travail soutenu a permis de diminuer la MOI de 50 % et le taux d'utilisation du temps supplémentaire de 10 % pour les infirmières, comme en témoignent nos données (voir le tableau à la page 54).

SUITE DES ACTIVITÉS DE GESTION – DRH

Contrer la violence, le harcèlement et l'intimidation

Idéalement, un milieu de travail sain est un milieu exempt de toute forme de harcèlement. C'est d'ailleurs ce qui est privilégié dans les meilleures pratiques, et que l'on retrouve également dans une POR.

Dans cette perspective, le comité sur la violence et le harcèlement au travail, regroupant des représentants de chacune des directions et des représentants syndicaux, a révisé la politique et les procédures applicables pour la résolution responsable des situations et pour le traitement des plaintes. Il en est résulté une refonte du dépliant « *Contrer la violence, le harcèlement et l'intimidation au travail* » lequel a bien sûr été remis à tous les employés. Nous croyons que de la sensibilisation, accompagnée d'information appropriée, auront un impact positif.

Santé et sécurité au travail

Gestion des invalidités

Une gestion rigoureuse des dépenses liées à la cotisation à la CSST et aux prestations d'assurance-salaire a permis d'épargner plus de 700 000 \$. Grâce à cela, nous atteignons nos cibles de gestion.

Rayonnement

Nous avons publié un article dans la revue « *Objectif prévention* » de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité au travail, section affaires sociales (ASSTSAS) sur les chutes et glissades du personnel.

Le CSSS DLL a été retenu comme finaliste régional dans le cadre du concours les Grands prix CSST Innovation 2014 dans la catégorie organismes publics, pour la modification d'un chariot en hygiène et salubrité ainsi que pour la réalisation d'un jeu interactif sur les risques en santé et sécurité du travail.

SUITE DES ACTIVITÉS DE GESTION – DRH

Dotation, planification de la main-d'œuvre et développement organisationnel

Vidéo promotionnelle

Une vidéo promotionnelle a été réalisée comme outil pour le recrutement du personnel.

Grâce à différentes mesures pour développer un plan d'attraction-rétention sur mesure, nous pouvons désormais cibler les différentes maisons d'enseignement d'où proviennent nos infirmières et leur faire parvenir une affiche personnalisée provenant d'une banque de photos d'employés de notre organisation.

Le bilan des embauches-départs pour l'année 2014-2015 nous permet de constater que 293 nouveaux talents ont été embauchés, et que 233 personnes nous ont quittés. Celles qui l'ont fait volontairement ont été contactées afin de connaître le motif de leur départ.

Indicateurs de l'entente de gestion	Engagement	Résultats
	*	au 31 mars 2015
Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	6.50 %	6,10 %
Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel	4.15 %	3,50 %
Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) pour les infirmières	9,65 %	7,31 %
Pourcentage de recours à la MOI pour les infirmières auxiliaires	0,50 %	0,02 %
Pourcentage de recours à la MOI pour les préposés aux bénéficiaires (PAB)	0,50 %	0,01 %
Pourcentage de recours à la MOI pour les inhalothérapeutes	4.15 %	2,97 %

* : Engagement en vertu de l'entente de gestion

SUITE DES ACTIVITÉS DE GESTION – DRH

RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES	Exercice courant 1	Exercice précédent 2	Variation 3 (C 1 – C 2)
Personnel cadre (en date du 31 mars) :	84	95	-11
Temps complet, nombre de personnes (note 1) 1			
Temps partiel (note 1) :	7	7	0
- Nombre de personnes 2			
- Équivalents temps complet (note 4) 3	3.82	4.00	-0.18
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi 4			
Personnel régulier (en date du 31 mars) :	845	850	-5
Temps complet, nombre de personnes (note 2) 5			
Temps partiel (note 2) :			
- Nombre de personnes 6			
- Équivalents temps complet (note 4) 7	661	684	-23
Personnes bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi 8	379.41	397.00	-17.59
PERSONNEL NON DÉTENTEUR DE POSTES (OCCASIONNELS)			
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice 9	1 016 191	961 853	54 338
Équivalents temps complet (notes 3 et 4) 10	546.00	519.00	27.00

Note 1 : excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi

Note 2 : excluant les personnes bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi

Note 3 : les équivalents temps complet peuvent être une approximation si l'établissement utilise la méthode de calcul simplifiée consistant à diviser le nombre d'heures rémunérées par 1 827 ou 1 834 (année bissextile)

Note 4 : pour les lignes 03, 07 et 10, colonne 2, les chiffres de l'exercice précédent doivent être saisis par l'établissement, afin d'avoir les données avec les décimales

Données extraites du rapport financier annuel (AS-471) 2014-2015 pour l'exercice se terminant le 31 mars 2015

SUITE DES ACTIVITÉS DE GESTION – DRH

GESTION ET CONTRÔLE DES EFFECTIFS

		TOTAL DE JANVIER À MARS 2015				
		Heures travaillées	Heures supplémentaires	TOTAL	Nombre ETC	Nombre individus
CSSS DLL	2014	862 115	27 045	889 159	1 749	2 072
	2015	868 486	26 594	895 081	1 760	2 081
	Variation	0.7 %	-1.7 %	0.7 %	0.6 %	0.4 %
Personnel encadrement	2014	51 338	696	52 034	105	111
	2015	47 331	645	47 976	97	99
	Variation	-7.8 %	-7.4 %	-7.8 %	-7.8 %	-10.8 %
Personnel professionnel	2014	84 022	115	84 138	175	208
	2015	83 605	245	83 849	174	208
	Variation	-0.5 %	112.2 %	-0.3 %	-0.5 %	0.0 %
Personnel infirmier	2014	253 705	13 723	267 428	510	620
	2015	256 934	12 087	269 022	515	632
	Variation	1.3 %	-11.9 %	0.6 %	1.1 %	1.9 %
Personnel de bureau, techniciens et assimilés	2014	393 089	11 382	404 471	808	955
	2015	401 125	12 285	413 411	823	958
	Variation	2.0 %	7.9 %	2.2 %	1.9 %	0.3 %
Ouvriers, personnel d'entretien et de service	2014	79 019	1 129	80 148	149	182
	2015	78 830	1 332	80 162	149	184
	Variation	0.2 %	18.0 %	0.0 %	-0.3 %	1.1 %
Étudiants et stagiaires	2014	941	0	941	3	5
	2015	661	0	661	2	8
	Variation	-29.7 %		-29.7 %	-29.7 %	60.0 %

Les données sont arrondies à la décimale

3.5 DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES ET DES INSTALLATIONS MATÉRIELLES (DSTIM)

Inauguration officielle de l'urgence

Le 14 octobre dernier, le CSSS DLL inaugurerait officiellement les nouvelles salles de l'urgence de l'Hôpital de LaSalle. Une belle occasion d'apprécier les efforts de tout le personnel, et de réitérer le respect des budgets et des échéanciers!

Le Service de génie biomédical

Un Kaisen a permis de revoir les méthodes de fonctionnement du service et de trouver des pistes de solution pour accroître la qualité continue.

Mesures d'urgence

Le contenu des formations concernant les mesures à prendre en cas d'incendie a été revu et 790 personnes ont été formées à partir de ces nouveaux documents.

Agrandissement et réaménagement

Le CSSS DLL a reçu 4 200 000 de dollars destinés à des travaux d'agrandissement et de réaménagement qui contribuent à maintenir ou à améliorer la qualité de vie des résidents dans les centres d'hébergement et à l'hôpital.

3.6 ENTENTE DE GESTION 2014-2015

D
E

No	INDICATEURS	ATTEINTE DE L'ENGAGEMENT	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTATS CUMULÉS PÉRIODE 13	ATTEINTE DE L'ENGAGEMENT EN %
PROGRAMME SANTÉ PUBLIQUE					
Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)					
1.01.12-B1	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12e sem de grossesse (Prénatale)	●	0,25	0,31	124,5%
1.01.12-B2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 6e sem de vie (Postnatale 1)	▲	0,65	0,55	85,1%
1.01.12-B3	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 12e mois de vie (Postnatale 2)	●	0,17	0,20	114,8%
1.01.12-B4	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13e à 60 mois de vie (Postnatale 3)	●	0,05	0,16	322,0%
1.01.12	Pourcentage des femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les SIPPE	▲	60%	50%	84,1%
Écoles et milieux en santé (ÉMS)					
1.01.13	Pourcentage d'Écoles qui implantent l'Approche École en Santé (AÉS)	◆	60%	36%	60,2%
Calendrier vaccinal des enfants					
1.01.14	Proportion d'enfants recevant en CLSC 1ère dose de vaccin DCaT-Polio-Hib dans les délais	●	90%	91,4%	102%
1.01.15	Proportion d'enfants recevant en CLSC 1ère dose de vaccin méningocoques gr C dans les délais	●	80%	72,8%	91,0%
Influenza					
-	Respecter les cibles de couverture vaccinale contre l'influenza pour les personnes hébergées.	▲	80%	77%	96,3%

-	Respecter les cibles de couverture vaccinale contre l'influenza pour le personnel soignant	◆	60%	38,10%	63,5%
Prévention des infections nosocomiales					
1.01.11A	Respect du ratio recommandé d'infirmières (ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales en CHSGS	▲	1ETC/133lits	99,01%	99%
1.01.11B	Respect du ratio recommandé d'infirmières (ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales en CHSLD	◆	1ETC/250lits	69,93%	70%
1.01.18	Présence d'un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	●	100%	100%	100%
2.02.02	Niveau de réalisation des 4 étapes requises pour l'élimination des zones grises	●	100%	100%	100%
1.01.19.1	Taux d'infections nosocomiales (diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD)) inférieurs ou égaux au(x) seuil(s)	◆	4,4	10,30	43%
1.01.19.2	Taux d'infections nosocomiales (bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline) inférieurs ou égaux au(x) seuil(s)	◆	0,56	4,39	12,8%
Cessation tabagique					
GES-0101	Nombre de fumeurs rejoints par le Centre d'abandon du tabac	◆	202	35	17,3%
R14-0102	Nombre d'interventions individuelles effectuées dans le Centre d'abandon du tabac	◆	605	102	16,9%
SERVICES GÉNÉRAUX					
Maladies chroniques					
	Nombre de nouveaux patients inscrits au programme sur le risque cardiométabolique	●	200	273	136,5%
Soins palliatifs					
1.09.06	Nombre d'interventions en soins palliatifs à domicile	●	9402	11918	126,8%
PROGRAMME SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (SAPA)					
Soutien à domicile					
S1.3.1	Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	◆	5209	4658	89,4%
S1.3.2	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	●	43,47	56	128,0%
1.03.05.01	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile (SAD) longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services	▲	256306	247411	96,5%
1.03.06	Degré moyen d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) dans les réseaux locaux de services	●	70%	80,6%	115,1%
-	Proportion des usagers SAPA au soutien à domicile ayant reçu une évaluation de l'autonomie (OÉMC)	◆	100%	67,1%	67,1%
Adaptation des soins en CHSGS					
1.09.02	Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	◆	12	26,44	45,4%

1.09.04	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	◆	0%	12,8%	12,8%
DÉFICIENCES					
Déficiences physiques (DP) - CSSS					
1.41.04.01	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services en établissement (cumulatif)	●	767	1 019	132,9%
1.45.04.02	Pourcentage de personnes ayant une déficience traitées dans les délais établis - priorité urgence : 3 jours	◆	90%	0%	0,0%
1.45.04.03	Pourcentage de personnes ayant une déficience traitées dans les délais établis - priorité élevée : 30 jours	◆	90%	61%	68,1%
1.45.04.04	Pourcentage de personnes ayant une déficience traitées dans les délais établis - priorité modérée : 1 an	●	90%	94%	104,6%
Déficiences intellectuelles et troubles envahissants du développement (DI-TED) - CSSS					
1.05.13	Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe - CSSS	●	338	337	99,7%
1.41.05.01	Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle et TED recevant des services en établissement - CSSS	●	653	813	124,5%
1.45.05.02	Pourcentage de personnes ayant une déficience traitées dans les délais établis - priorité urgence : 3 jours	●	90%	100%	111,1%
1.45.05.03	Pourcentage de personnes ayant une déficience traitées dans les délais établis - priorité élevée : 30 jours	●	90%	100%	111,1%
1.45.05.04	Pourcentage de personnes ayant une déficience traitées dans les délais établis - priorité modérée : 1 an	●	90%	99%	109,5%
JEUNES EN DIFFICULTÉ (JED)					
	Délai moyen d'accès au programme jeunes en difficulté en CSSS (mission CLSC)	▲	30	33.39	96,8%
DÉPENDANCES					
1.07.05	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	●	44	47	106,8%
SANTÉ MENTALE (SM)					
1.08.09	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	●	2270	2314	101,9%
1.08.09	Nombre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	●	396	436	110,1%
1.08.09	Nombre d'adultes 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	●	1874	1878	100,2%
-	Nombre d'usagers de 18 ans et plus en attente depuis 30 jours ou plus pour un traitement de première ligne en santé mentale (en expérimentation)	□	ND	ND	ND

1.08.05	Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	□	Moy.Pér de 10 (30 à P13)	0	ND
SANTÉ PHYSIQUE					
Séjours à l'urgence					
1.09.01	Séjour moyen sur civière (durée)	◆	12	20,22	59,3%
1.09.03	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	◆	0%	6,9%	6,9%
1.09.31	Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	◆	20%	33,5%	59,7%
Chirurgie : Respect des délais					
1.09.20.04	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	●	90%	98,2%	109,1%
1.09.20.05	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	●	90%	95,5%	106,1%
Chirurgie : En attente depuis plus d'un an					
1.09.32	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus d'un an	▲	0	1	0,0%
1.09.32.01	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	●	0	0	100%
1.09.32.02	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	●	0	0	100%
1.09.32.03	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	●	0	0	100%
1.09.32.04	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	▲	0	1	0,0%
1.09.32.05	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	●	0	0	100,0%
Imagerie médicale : Demandes en attente					
1.09.34	Proportion des demandes de services en attente de moins de trois mois pour chacun des neuf examens diagnostiques	▲	90%	90,5%	99,4%
Imagerie médicale : Examens lus					
1.09.35	Proportion des examens lus dans un délai de sept jours ou moins pour chacun des neuf examens diagnostiques	●	90%	99,2%	110,3%
Imagerie médicale : Demandes réalisées					
1.09.36	Proportion des demandes de services réalisées pour la clientèle élective à l'intérieur des délais établis en imagerie médicale pour chacun des neuf examens diagnostiques	●	90%	99%	110,2%
Imagerie médicale : Rapports transcrits					
1.09.37	Proportion des rapports transcrits, complétés et transmis dans un délai de sept jours ou moins en imagerie médicale pour chacun des neuf examens diagnostiques.	◆	90%	78,2%	86,9%

Oncologie

1.09.33.01	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	▲	90%	0,82	91%
1.09.33.02	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier)	▲	100%	0,96	96%
1.09.42.01	Pourcentage des cas de cancer transmis par rapport aux cas de cancer attendus au Registre québécois du cancer (RQC)	□	Plusieurs	0,00	ND

DÉSENCOMBREMENT DES URGENCES

4.01.01	Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	●	3	1,70	176%
4.01.05	Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	●	3	1,40	214%
4.01.06	Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	●	3	0	100%
Indicateur régional	Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS et du programme d'hébergement pour évaluation (PHPE) des 75 ans et plus	●	4,99%	5%	110%

RESSOURCES HUMAINES

-	Poursuivre l'effort d'optimisation en matière d'utilisation de la main-d'œuvre	●	100%	réalisé	100%
3.01	Ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées (cum)	▲	6,00%	6,03%	99,4%
3.05.01	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier	●	6,50%	6,40%	101,5%
3.05.02	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel du réseau	●	4,15%	3,98%	104%
3.06.01	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante (MOI) en personnel infirmier	●	9,65%	7,15%	135%
3.06.02	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante (MOI) pour les infirmières auxiliaires	●	0,50%	0,02%	3198,2%
3.06.03	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante (MOI) pour les préposés aux bénéficiaires	●	0,50%	0,03%	1752,8%
3.06.04	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante (MOI) pour les inhalothérapeutes	●	3%	2,20%	136,3%
3.07	Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	◆	5	3	60,0%
3.08	Avoir mis à jour le plan de main d'œuvre de l'établissement	●	plan	réalisé	100,0%
3.09	Avoir complété trois démarches (projets) concertées de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	●	3	réalisé	100,0%
3.10	Avoir mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle	●	programme	réalisé	100,0%

RESSOURCES INFORMATIONNELLES					
-	Nombre d'accès -utilisateurs (médecins et infirmières) au visualisateur du DSQ, au cours de l'année 2014-2015, dans le cadre du déploiement pour les domaines laboratoire, imagerie médicale et médicament.	●	125	127	102%
Sommaire global des résultats de l'entente de gestion		●	▲	◆	
		60,00%	16%	24%	

LÉGENDE

- Valeur égale ou supérieure à 100 % de l'engagement
- ▲ Valeur égale ou supérieure à 90 % de l'engagement et inférieure à 100 %
- ◆ Valeur inférieure à 90 % de l'engagement

3.7 DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES ET INFORMATIONNELLES (DRFI)

La consolidation des équipes dans un contexte de gestion de changement était l'enjeu principal de la direction des ressources financières et informationnelles (DRFI) pour l'année 2014-2015. Nous avons déterminé que nous ferions du travail d'équipe, notre valeur-vedette.

Nos réalisations

Nous avons complété la mise en place du plan local d'optimisation des fonctions d'approvisionnement 2013-2015. Le regroupement des activités de réapprovisionnement dans un emplacement unique a résulté en un accroissement de l'efficacité. L'implantation du système de rangement à double-casier qui permet le partage de la gestion des inventaires de matériel médical entre le personnel clinique et celui de l'approvisionnement s'est poursuivi.

Le changement de système de gestion des ressources financières et matérielles a également eu un impact positif sur notre performance organisationnelle, notamment grâce à la réduction des interventions manuelles.

Un projet Lean Santé sur le processus de suivi budgétaire a permis la concentration de l'activité sur 16 jours, comparativement aux 29 jours traditionnellement requis.

L'aspect sécurité étant essentiel à la DRFI, nous avons procédé à une analyse prospective des risques (financiers, administratifs et des actifs informationnels). Il en est résulté un contrôle interne adéquat, sans risque majeur.

Nous collaborons activement au déploiement du dossier clinique informatisé (DCI), en nous intéressant plus particulièrement à la sécurité des actifs informationnels.

Enfin, nous migrons vers Windows7 avec l'objectif que tous les ordinateurs en soient dotés au 31 mars 2016.

SUITE DES ACTIVITÉS DE GESTION - DRFI

CONTRATS DE SERVICE

Contrats de service comportant une dépense de 25 000 \$ et plus, conclus entre le 1 ^{er} janvier 2015 et le 31 mars 2015				
Contrats de service avec une personne physique ³	Référence interne	Date de conclusion	Nombre	Valeurs
Aucun	Aucune	Aucune	Aucun	- \$
TOTAL DES CONTRATS DE SERVICE			Aucun	- \$

³ Une personne physique, soit en affaires ou non

SUITE DES ACTIVITÉS DE GESTION - DRFI

Contrats de service avec un contractant autre qu'une personne physique 4	Numéro référence interne	Date de conclusion	Nombre	Valeurs
Accès ressources Inc Gestion des soins courte et longue durée	F01712	26-03-2015	1	38 801.23 \$
Gestion des soins Michel Sénécal Inc Gestion des soins courte et longue durée	L0407	19-03-2015	1	26 204.84 \$
Wolters Kluwer Health update Inc Licence de site pour base de données médicales "up to date"	DLL2015002	01-01-2015	1	99 591.00 \$
Cardinal Health Inc Nécessaire chirurgie obstétrique	2014-CSSSDLL-045	24-03-2015	1	97 999.00 \$
Cook medical Inc et medique Inc Fournitures électrodes et anses	2014-CSSSDLL-033	19-02-2015	1	109 494.00 \$
Gestion de service de salubrité (GDI service SEC) Gestion de service de salubrité CSSS DLL	2015-CSSSDLL-001	25-02-2015	1	3 575 604.00 \$
TOTAL DES CONTRATS DE SERVICE			6	3 947 694.07 \$

⁴ Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation

4- BILANS DES CONSEILS ET COMITÉS OBLIGATOIRES EN VERTU DE LA LOI

4.1 LE CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) a agi dans le mandat principal qui lui est conféré, c'est-à-dire le maintien de la qualité de l'acte.

Le CMDP a étudié et entériné plusieurs outils de soins provenant du comité des pratiques professionnelles, il a supervisé les activités du comité et des sous-comités d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique ainsi que les activités du comité de pharmacologie et en a transmis les conclusions auprès des membres du CMDP. Il a enfin fait ses recommandations auprès du conseil d'administration en ce qui a trait aux nouvelles nominations, les modifications de statuts et privilèges et a procédé au renouvellement de statuts et privilèges pour les années 2015 à 2017 ainsi qu'à l'étude des démissions, tout en veillant à ne pas créer de bris de service.

Il faut souligner le rapport positif du Conseil québécois d'agrément et d'Agrément Canada qui ont renouvelé notre accréditation. Nous en sommes heureux et reconnaissants pour tous ceux qui y ont contribué.

Les points qui restent à améliorer, touchent les POR suivantes :

- Le bilan comparatif des médicaments, essentiel pour éviter des erreurs par excès ou par défaut de prescription
- Des problèmes touchant à la sécurité des usagers

Comme vous le savez, la Loi 10 et le projet de Loi 20 vont reconfigurer complètement la structure et la gouvernance de notre CSSS DLL.

En vertu de la Loi 10, le CSSS DLL sera intégré au CIUSSS ODIM à compter du 1^{er} avril 2015.

SUITE DES BILANS DES CONSEILS ET COMITÉS OBLIGATOIRES EN VERTU DE LA LOI – CMDP

Avec le projet de Loi 20, qui reste à promulguer, nous sommes prêts à répondre. Nous avons en effet rencontré nos collègues du CIUSSS ODIM. Notre objectif est d'unir nos efforts et réflexions pour agir solidairement et réagir utilement aux nouvelles exigences auxquelles nous ferons face.

Enfin, nous avons laborieusement, mais avec succès, implanté une politique et des procédures pour contrer toute violence, harcèlement et intimidation entre le personnel médical et paramédical du CSSS DLL.

4.2 CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

Le conseil des infirmières et infirmiers (CII) est constitué de huit membres représentant différents profils de pratique infirmière au CSSS DLL :

- Soins critiques
- Médecine de jour
- Soins à domicile
- FEJ
- UFN
- Hébergement

Fait à noter : un représentant du comité des infirmières auxiliaires siège à chaque rencontre.

Nous avons souhaité être en mesure de transmettre des recommandations bien spécifiques et avons pu le faire en constituant trois sous-comités :

- Comité de suivi du programme de soins palliatifs
- Comité de suivi des visites ministérielles en hébergement
- Comité de suivi pour le programme de soins de plaies

Nos membres sont impliqués dans les comités suivants :

- Approche adaptée à la personne âgée
- Soins de plaies
- Gestion de risques
- Comité d'éthique clinique

Nos réalisations/implications

- Révision, correction et approbation de différentes politiques et procédures, ordonnances collectives, protocoles et règles de soins. Suivi sur l'implantation des pompes volumétriques
- Préparation de la Journée de l'infirmière tenue le 14 mai 2014 sous le thème du deuil, avec la présence de madame Lucie Tremblay, présidente de l'Ordre des infirmières et infirmières du Québec (OIIQ). Vraiment un événement marquant et motivant pour les participants.

SUITE DES BILANS DES CONSEILS ET COMITÉS OBLIGATOIRES EN VERTU DE LA LOI – CII

À souligner : des conférences de qualité remarquable présentées par nos collègues du CLSC de LaSalle et de l'UFN portant sur les soins palliatifs et le deuil périnatal.

Rayonnement

Nous avons participé au colloque du comité exécutif du conseil des infirmiers et infirmières (CECII) et de la commission infirmière régionale (CIR) (*La gouverne en soins infirmiers*), au Congrès de l'OIIQ (*La santé dans tous ses états*). La présidente a également participé à une journée d'échanges et d'information à l'intention des DSI, des présidentes de CECII et de CIR.

4.3 CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

Nous avons tenu cinq rencontres.

La « *Loi sur la Santé et les services sociaux* » confère, entre autres, aux conseils multidisciplinaires la responsabilité d'appuyer la mise en place et le bon fonctionnement des comités de pairs, notamment parce qu'ils visent l'amélioration de la pratique par discipline professionnelle. À cet égard, nous nous sommes impliqués dans deux comités traitant de nutrition clinique.

Nous avons également participé, conjointement avec le Conseil des infirmières et infirmiers (CII), à la tenue et au suivi d'un audit sur les risques de chutes. Nous avons étudié l'utilisation du formulaire de dépistage du risque de chutes par les différents intervenants travaillant auprès des usagers.

Nous avons fourni notre point de vue sur des politiques, programmes et procédures élaborés par l'établissement afin de nous assurer du respect des normes de pratiques professionnelles en vigueur auprès de nos membres.

- Programme de prévention et de traitement des plaies de pression
- Politique de gestion de la médication alerte élevée
- Procédure de traitement du dossier médical de l'enfant visé par les dispositions légales relatives à l'adoption
- Révision du formulaire de déclaration et divulgation des incidents et accidents
- Suivi de l'évolution du projet de loi 10 jusqu'à son entrée en vigueur

Enfin, nous avons participé à la visite d'agrément. Un point d'évaluation portant spécifiquement sur les conseils, nous avons échangé avec un des visiteurs sur la valeur ajoutée de notre conseil au CSSS DLL.

4.4 COMITÉ DES USAGERS

Neuf rencontres ont été tenues

Le mandat

- Renseigner
- Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers et évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus de l'établissement
- Défendre les droits des usagers
- Accompagner et assister sur demande un usager ou un groupe qui en fait la demande
- Voir au bon fonctionnement des comités de résidents

Objectif spécifique pour l'année en cours

Améliorer la qualité des services et des conditions de vie pour les usagers et les résidents.

Bilan des activités réalisées

La participation au comité visant la mise en place d'un plan d'action, des visites régulières des installations, des rencontres avec les résidents et un sondage de satisfaction nous ont permis de cibler trois actions bien concrètes :

- Nous avons travaillé à la refonte du « *Guide d'accueil* », afin d'améliorer l'information sur nos soins et services aux résidents
- Nous avons rencontré les responsables des services alimentaires pour leur faire part des insatisfactions de résidents et avons travaillé à trouver des pistes d'amélioration
- Nous nous sommes assurés que des loisirs soient disponibles tous les jours de la semaine

Nous avons également participé à l'évaluation de la performance pour bien connaître les politiques et procédures de notre établissement et ainsi mieux guider les résidents et leur famille.

SUITE DES BILANS DES CONSEILS ET COMITÉS OBLIGATOIRES EN VERTU DE LA LOI – COMITÉ DES USAGERS

Nous croyons qu'en collaborant de près avec les différentes directions de l'établissement, nous pourrons contribuer à l'amélioration des soins et services disponibles, mais aussi, que ceux-ci soient directement centrés sur les besoins de notre clientèle. Nous sommes également en mesure de défendre leurs droits, comme établi dans notre mission.

4.5 COMITÉ DE LA VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Le comité a tenu quatre rencontres.

Faits saillants

Visite ministérielle dans les centres d'hébergement

Les dernières visites ministérielles dans nos centres d'hébergement ont mis en lumière des points d'amélioration quant à la qualité de nos milieux de vie. Un plan d'action a donc été soumis, à la satisfaction des instances et les équipes travaillant auprès des résidents sont à pied d'œuvre. Comme quoi il suffit parfois de prendre conscience de l'impact des gestes que l'on pose sur la qualité de vie!

Agrément

Techniquement, l'agrément requiert la conformité à des pratiques organisationnelles (POR). Pour nous, cela se traduit en termes de soins et services, que nous voulons à la fois humains et impeccables. C'est pourquoi le comité a suivi attentivement la préparation de la visite.

Le point de vue des usagers

Il est possible pour les usagers d'exprimer leur point de vue à l'égard des services qu'ils reçoivent. Cette année, des commentaires élogieux portaient sur la clinique pour les grossesses à risque élevé (GARE), l'hospitalisation en soins aigus, les chirurgies d'un jour et les soins infirmiers à domicile post-chirurgie.

SUITE DES BILANS DES CONSEILS ET COMITÉS OBLIGATOIRES EN VERTU DE LA LOI – COMITÉ DE LA VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Protecteur du citoyen

Cinq dossiers ont été soumis au Protecteur du citoyen par des usagers insatisfaits, pour traitement en deuxième instance. Trois sont encore en attente d'une réponse.

Rapport de la commissaire aux plaintes et à la qualité des services

La commissaire aux plaintes nous soumet un rapport périodique d'activités. Nous avons constaté une augmentation significative du nombre de dossiers ouverts, notamment au niveau des demandes d'assistance. Par ailleurs, les gestionnaires traitent souvent les insatisfactions avant qu'elles ne deviennent des plaintes, ce qui démontre une proaction que nous apprécions.

Conclusion

Nous constatons un engagement des équipes envers les usagers et les soins à leur prodiguer, et c'est formidable!

4.6 COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

Liste des rapports et recommandations transmis au conseil d'administration

- Rapport local des incidents et accidents déclarés entre le 1^{er} avril 2014 et le 28 juin 2014 (périodes 1 à 3)
- Rapport local des incidents et accidents déclarés entre le 1^{er} avril 2014 et le 20 septembre 2014 (périodes 1 à 6)
- Rapport local des incidents et accidents déclarés entre le 1^{er} avril 2014 et le 13 décembre 2014 (périodes 1 à 9)

Activités réalisées ou en cours de réalisation

- Analyse et discussion des tendances des incidents et accidents déclarés au CSSS DLL
- Suivi des objectifs annuels (2014-2015) du comité de gestion des risques sous forme d'un plan de sécurité des usagers
- Révision du règlement relatif au fonctionnement du comité de gestion des risques
- Révision de la politique sur la déclaration des incidents et des accidents
- Révision de la procédure sur la déclaration des incidents et des accidents
- Révision de la procédure sur la gestion des événements sentinelles
- Révision du règlement relatif à la divulgation de l'information nécessaire aux usagers à la suite d'un accident
- Création d'un comité de gestion de risques de transition afin d'assurer le suivi des activités assurant la prestation sécuritaire des soins et services (dans le contexte de la Loi 10)

Dossiers dont a été saisi le comité de gestion des risques

- Rapports de deux événements sentinelles concernant les chutes de deux usagers de l'Hôpital de LaSalle.

5- LES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION, DES COMITÉS, LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES EN VERTU DE LA LOI

5.1 LES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET LES DIRECTEURS

5.1.1 LES DIRIGEANTS

Isabelle Brault, présidente du conseil d'administration

J.-André Langelier, vice-président du conseil d'administration

Yves Masse, secrétaire du conseil d'administration

5.1.2 LES ADMINISTRATEURS

Micheline Béland

Jajdiesh Singh Bhimpaul

Guillaume Charron

Marie-Julie Chartrand

Robert Denis

Michel Dubois

Josée Claire Gingras

Serge Gingras, M.D.

France Hébert

Hélène Lapierre

Éric Lauzon

Micheline Leblanc

Line Lefebvre

Claude Paradis

Anne-Marie Richer

SUITE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION, DES COMITÉS, LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES EN VERTU DE LA LOI – MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET LES DIRECTEURS

5.1.3 LES DIRECTEURS

Yves Masse

Michelle Harvey

Guy Bisson

Mélanie Dubé

Yves Laliberté

Alain Rioux

France Boucher

André Parisé

Jean-Pierre Rodrigue

Lise Fortin

5.2 MEMBRES DES COMITÉS ET DES CONSEILS, LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES ET LES CHEFS DE DÉPARTEMENT CLINIQUE

5.2.1 LES MEMBRES DES COMITÉS OBLIGATOIRES

Comité de gouvernance et d'éthique

Isabelle Brault, présidente

Marie-Julie Chartrand, vice-présidente

Robert Denis

Yves Masse

Josée Claire Gingras

Comité de vérification

Claude Paradis, président

Eric Lauzon

Jajdiesh Singh Bhimpaul

France Boucher (invitée)

Yves Masse (invité)

Comité de vigilance et de la qualité

Micheline Béland, présidente

Micheline Leblanc, vice-présidente

Hélène Lapierre, membre du conseil d'administration

Diane Joly, commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Yves Masse, DG

SUITE DES MEMBRES DES COMITÉS ET DES CONSEILS, LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES ET LES CHEFS DE DÉPARTEMENT CLINIQUE – LES MEMBRES DES COMITÉS OBLIGATOIRES

Comité des usagers

Les membres du comité des usagers

Micheline Béland, présidente

Andrée Lajoie

Josée-Claire Gingras

Jocelyne Blake

Francois Beauregard

Danielle Martel

Merilyne Ng Ah Chey

Jean Lebel

Les invités du comité des usagers

Valérie Watters, ergothérapeute

Andrée Morin, coordonnatrice au service des loisirs

Diane Joly, commissaire aux plaintes et à la qualité

Lydia Trotier, travailleuse sociale

Lise Fortin, directrice du programme SAPA-DP

Comité de révision

Micheline Leblanc, présidente et membre du conseil d'administration

Docteur Claude Fortin

Docteur Léo Nobert

Diane Joly, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

SUITE DES MEMBRES DES COMITÉS ET DES CONSEILS, LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES ET LES CHEFS DE DÉPARTEMENT CLINIQUE – LES MEMBRES DES COMITÉS OBLIGATOIRES

Comité de gestion des risques et de la qualité

Guy Bisson, DSPH

Mélanie Dubé, DSIPPPSP

Lise Fortin, DSAPA-DP

Samia Guettas, représentante du CM

Sandra Isimbi, conseillère en gestion des risques et de la qualité

Andrée Lachance, pharmacienne

Line Lefebvre, présidente du comité de gestion des risques et de la qualité

Diane Major, présidente du CII

Yves Masse, DG

Merilyne Ng Ah Chey, représentante du comité des usagers

André Parisé, DSTIM

Mathangi Ramani, représentante du CMDP

Alain Rioux, directeur de l'amélioration continue de la qualité et de la performance

Jean-Pierre Rodrigue, DFEJ-SM-SP-ARA

Comité d'éthique clinique

Michelle Harvey, présidente

Jean-Guy Bonnier, M.D.

Liliane Fortier, M.D.

Espérance Gasherebuka

Micheline Hotte

Danie Ouellette

Jean-Pierre Rodrigue

Guillaume Charron

Michel Lorange (invité)

SUITE DES MEMBRES DES COMITÉS ET DES CONSEILS, LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES ET LES CHEFS DE DÉPARTEMENT CLINIQUE – LES MEMBRES DES COMITÉS OBLIGATOIRES

5.2.2 LES MEMBRES DES SOUS-COMITÉS FACULTATIFS

Comité clinico-administratif

Serge Gingras, M.D., président
Micheline Leblanc, vice-présidente
Michelle Harvey
Hélène Lapierre
Yves Masse
Guy Bisson (invité)
Mélanie Dubé (invitée)
Lise Fortin (invitée)
Jean-Pierre Rodrigue (invitée)

Comité des ressources humaines

France Hébert (présidente)
Michel Dubois
Yves Laliberté
Micheline Leblanc
Yves Masse

Comité des immobilisations et des équipements

Michel Dubois, président
J.-André Langelier
Yves Masse
André Parisé
Jajdiesh Singh Bhimpaul

SUITE DES MEMBRES DES COMITÉS ET DES CONSEILS, LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES ET LES CHEFS DE DÉPARTEMENT CLINIQUE – LES MEMBRES DES SOUS-COMITÉS FACUTATIFS

5.2.3 LES CONSEILS OBLIGATOIRES EN VERTU DE LA LOI

Conseil multidisciplinaire (CM)

- Marie-Julie Chartrand, présidente
- Katherine Arsenault, vice-présidente
- Samia Ghetas, agente de communication
- Cynthia Leduc, secrétaire
- Camille Leblanc (en intérim de Katherine Arsenault depuis janvier)
- Un poste vacant (depuis le départ de Jean-Jacques Godin)

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Diane Major, présidente

Diane Babin, vice-présidente

Mélanie Dubé, DSIPPPSP

Sonia Gaudreault, officière

Michèle Girard, officière

Lucie Lachambre Girard, trésorière

Marie-Noël Le Pain, agente de communication

Yves Masse, DG

Johanne Riendeau, secrétaire

Francine Sigouin, présidente du conseil des infirmiers et infirmières auxiliaires (CIIA)

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Alfred Homsy, M.D., président

Mathangi Ramani, M.D., vice-présidente

Julie Choquet, M.D., trésorière

Catherine Duong, M.D., conseillère

Nadine Lahoud, M.D., conseillère

Marie-Christine Godin, M.D., secrétaire

Serge Gingras, M.D., représentant du CMDP au conseil d'administration

Guy Bisson, M.D., DSPH

Yves Masse, DG

SUITE DES MEMBRES DES COMITÉS ET DES CONSEILS, LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES ET LES CHEFS DE DÉPARTEMENT CLINIQUE – LES MEMBRES DES CONSEILS OBLIGATOIRES

5.2.4 COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Diane Joly

5.2.5 CHEFS DE DÉPARTEMENTS CLINIQUES

Melhem Azzi, M.D., chirurgie

Alfred Homsy, M.D., anesthésie-réanimation

Catherine Duong, M.D., médecine générale

Martine Goyet, M.D., obstétrique-gynécologie et pédiatrie néonatale

Marie Jolivet, M.D., biologie médicale

Henry-David Lapin, M.D., médecine spécialisée

Mathangi Ramani, M.D., imagerie médicale

Maude Villeneuve, pharmacienne, pharmacie

6- SANTÉ FINANCIÈRE

6.1 RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers du CSSS DLL ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les *Normes comptables canadiennes pour le secteur public* ainsi que les particularités prévues au *Manuel de gestion financière* édicté en vertu de l'article 477 de la « *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ». Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

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

La direction du CSSS DLL reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

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

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

Le président-directeur général,



Benoit Morin

La directrice des ressources financières,



Lucie Ménard, CPA, CA

6.2 RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT



Aux membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des déficits cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 15 juin 2015 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

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

SUITE DU RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle pour l'exercice terminé le 31 mars 2015.

L'anomalie que comportent les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 15 juin 2015. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « *Immobilisations corporelles louées* », il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2015 et 2014 n'ont pu être déterminées.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle au 31 mars 2015 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E. N.C. R. L.

Montréal

Le 25 juin 2015

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

Nom de l'établissement
CSSS Dorval-Lachine-Lasalle

Code
1104-4229

Page / Idn.
140-00 /

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉ

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

Signification des codes :

Colonne 3 « Nature » :

R : Réserve O : Observation C : Commentaire

Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :

R : Régulé PR : Partiellement Régulé NR : Non Régulé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	Année 20XX-XX	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2014		
1	2	3	4	R 5	PR 6	NR 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société immobilière du Québec sont comptabilisés étant des contrats de location-exploitation alors qu'il s'agit de contrat de location-acquisition conformément à la note d'orientation 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2012 et 2011 n'ont pu être déterminées.	2012-2013	R	La comptabilisation est effectuée selon les directives du ministère de la Santé et des Services sociaux			NR
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Note 1 : La compilation des unités de mesure n'est pas conforme aux définitions du Manuel de gestion financière à l'égard des usagers pour certains centres d'activités. En effet, les systèmes de compilation des unités de mesure n'étant pas intégrés, il est impossible d'identifier si un usager se présente à plus d'un site.	2012-2013	R	Un formulaire de compilation standard est en développement. Celui-ci sera mis en réseau afin d'éliminer les doublons.		PR	
Note 2 : Les unités de mesure soumises par l'établissement sont non fondées sur des méthodes valables d'enregistrement et de contrôle 6880 Ergothérapie La compilation des unités de mesure n'est pas effectuée correctement selon les exigences du Manuel de Gestion Financière pour l'unité de mesure "Heure de prestation de service" et "Jour-Traitement". La méthode de compilation est déficiente et les	2014-2015	R	La direction est en accord avec cette observation.			NR

AS-471 - Rapport financier annuel

Gabarit LPRG-2015.1.0

Émise: 2012-2013

Timbre valideur: 2015-06-12 09:45:22

Rapport V 1.0

documents sources ne sont pas conservés dans tous les centres.						
Note 2 : Les unités de mesure soumises par l'établissement sont non fondées sur des méthodes valables d'enregistrement et de contrôle dans le centre d'activité suivant : 6890 – Animation-loisir La compilation des unités de mesure n'est pas effectuée correctement selon les exigences du Manuel de gestion financière pour l'unité de mesure « participation » et « temps vécu ». La méthode de compilation est déficiente et les documents sources ne sont pas conservés dans tous les centres.	2013-2014	R	Un outil de compilation est en cours d'implantation. Les documents sont conservés depuis la période trois de l'année 2013-2014			NR
Note 2 : Les unités de mesure soumises par l'établissement sont non fondées sur des méthodes valables d'enregistrement et de contrôle dans le centre d'activité suivant : 6960 – Centre de jour pour personne en perte d'autonomie La compilation ne respecte pas les exigences du Manuel de gestion financière et la méthode de compilation est déficiente. L'impact sur les unités et le coût unitaire présenté aux pages 650 du rapport financier ne peut être déterminé	2013-2014	R	Une validation de la liste des présences sera effectuée à chaque période et comparé avec le système de gestion Sichelid avant de transmettre les statistiques.	R		
Note 2 : Les unités de mesure soumises par l'établissement sont non fondées sur des méthodes valables d'enregistrement et de contrôle dans le centre d'activité suivant : 7090 - Centre de médecine de Jour La compilation ne respecte pas le Manuel de Gestion Financière, car plusieurs jours soins peuvent être comptabilisés par usager dans une journée et la méthode de compilation est déficiente. L'impact sur les unités	2013-2014	R	La méthode de compilation sera modifiée.			NR

et le coût unitaire présenté aux pages 650 du rapport financier ne peut être déterminé.						
Note 2 : Les unités de mesure soumises par l'établissement sont non fondées sur des méthodes valables d'enregistrement et de contrôle dans le centre d'activité suivant : 7554 - Alimentation-autres L'unité de mesure "repas" soumises par l'établissement sont non fondées sur des méthodes valables d'enregistrement. L'impact sur les unités et le coût unitaire présenté aux pages 650 du rapport financier ne peut être déterminé.	2013-2014	R	La méthode de compilation sera modifiée.			NR
Note 2 : Les unités de mesure soumises par l'établissement sont non fondées sur des méthodes valables d'enregistrement et de contrôle dans le centre d'activité suivant : 7604 - Buanderie L'unité de mesure "kilogramme de linge propre" et "kilogramme de linge souillé" n'ont pu être audités car les documents sources ne sont pas conservés. Ces unités n'ont pas pu être validées et l'impact sur les unités et le coût unitaire présenté aux pages 650 du rapport financier ne peut être déterminé.	2013-2014	R	Les documents sont conservés depuis la période trois de l'année 2013-2014	R		
Note 3 : Les unités de mesure sont compilées non conformément aux définitions du Manuel de gestion financière dans les centres suivants : 6302 – Consultations externes spécialisées L'unité de mesure « visite » n'est pas conforme aux exigences du Manuel de gestion financière puisqu'un usager se présentant à deux cliniques externes différentes dans la même journée pour la même condition médicale sera calculé comme deux	2013-2014	R		R		

visites. Cette compilation permet de conclure que l'unité présentée aux pages 650 du rapport financier annuel serait diminuée et le coût unitaire augmenterait.						
Note 3 : Les unités de mesure sont compilées non conformément aux définitions du Manuel de gestion financière dans les centres suivants : 6565 – Services sociaux Pour une constituante l'unité de mesure « usager » n'est pas conforme aux exigences du Manuel de gestion financière puisque les usagers sont compilés selon leur type (admis ou hospitalisé). Cette compilation permet de conclure que l'unité présentée aux pages 650 du rapport financier serait diminuée et le coût unitaire augmenterait. Pour deux autres constituantes, la documentation fournie par les gestionnaires était incomplète. L'unité de ces établissements ne peut donc pas être validée et l'impact sur les unités et le coût unitaire présentés aux pages 650 du rapport financier ne peut être déterminé	2012-2013	R	Un tableau de bord a été créé. Le déploiement est en cours.		PR	
		R	La documentation est conservée.			
Note 3 : Les unités de mesure sont compilées non conformément aux définitions du Manuel de gestion financière dans les centres suivants : 7090 - Centre de médecine de jour L'unité de mesure "usager" est compilé de façon non conforme aux exigences du Manuel de gestion financière puisque l'usager est compilé selon le type d'intervention. Cette compilation permet de conclure que l'unité présentée aux pages 650 du rapport financier serait diminuée et le coût unitaire augmenterait.	2013-2014	R	La méthode de compilation sera modifiée.			NR
Note 3 : Les unités de mesure sont compilées non conformément aux	2012-2013	R			PR	

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

définitions du Manuel de gestion financière dans les centres suivants : 7553 – Nutrition clinique Pour une constituante l'unité de mesure « usager » n'est pas conforme aux exigences du Manuel de gestion financière puisque les usagers sont compilés selon leur type d'intervention. Cette compilation permet de conclure que l'unité présentée aux pages 650 du rapport financier serait diminuée et le coût unitaire augmenterait. Pour deux autres constituantes, la documentation fournie par les gestionnaires était incomplète. L'unité de ces établissements ne peut donc pas être confirmée et l'impact sur les unités et le coût unitaire présentés aux pages 650 du rapport financier ne peut être déterminé.			Un tableau de bord a été créé. La documentation sera conservée.		PR	
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Vos travaux d'audit vous ont-ils permis d'identifier, de relever ou de détecter des anomalies importantes non corrigées? - Nous avons détecté un écart dans la provision pour le régime rétrospectif de la CSST de l'ordre de 470 000 \$ avec la provision de la direction. - Nous avons également détecté un écart dans les sommes à recevoir de l'Agence de santé et des services sociaux de l'ordre de 75 000 \$ avec la confirmation de celle-ci.	2013-2014	C		R		
		C		R		
Rapport à la gouvernance						

Gestion de l'accès des utilisateurs internes Nous avons constaté que les pilotes ont la responsabilité d'attribuer les droits d'accès à Espresso GRF alors qu'ils devraient seulement avoir la responsabilité de les autoriser afin de séparer ces tâches incompatibles, ce qui ne permet pas d'atteindre les exigences de la mesure 4.2.1 du Cadre global de gestion.	2014-2015	C	La direction est en accord avec cette observation.			NR
--	-----------	---	--	--	--	----

6.4 ÉTAT DES RÉSULTATS POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2015

Nom de l'établissement		Code		Page / Idn.		
CSSS Dorval-Lachine-Lasalle		1104-4229		200-00 /		
Tous les fonds		exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉES				
ÉTAT DES RÉSULTATS						
	Budget	Exploitation Ex.courant (R.deP358 C4)	Immobilisations Exercice courant (Note 1)	Total Ex.courant C2+C3	Total Ex. préc	
	1	2	3	4	5	
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (Fi:P408)	1	138 657 680	142 318 252	7 868 190	150 186 442	147 337 671
Subventions Gouvernement du Canada (Fi:P294)	2	99 108	69 892		69 892	99 108
Contributions des usagers	3	15 377 511	16 094 235	XXXX	16 094 235	15 781 361
Ventes de services et recouvrements	4	599 490	556 548	XXXX	556 548	594 903
Donations (Fi:P294)	5		1 492 962		1 492 962	1 394 875
Revenus de placement (Fi:P302)	6	63 899	125 340		125 340	96 841
Revenus de type commercial	7	330 210	335 781	XXXX	335 781	321 145
Gain sur disposition (Fi:P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (Fi:P302)	11	1 007 871	403 350		403 350	687 004
TOTAL (L.D1 à L.11)	12	156 135 769	159 903 398	9 361 152	169 264 550	166 312 908
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	13	114 806 027	117 147 807	XXXX	117 147 807	115 453 713
Médicaments	14	2 531 703	2 334 097	XXXX	2 334 097	2 365 204
Produits sanguins	15	522 517	449 353	XXXX	449 353	489 454
Fournitures médicales et chirurgicales	16	3 049 244	4 284 139	XXXX	4 284 139	4 267 579
Denrées alimentaires	17	2 276 386	2 236 138	XXXX	2 236 138	2 348 131
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	18	7 785 453	8 116 884	XXXX	8 116 884	7 759 339
Frais financiers (Fi:P325)	19		2 764 987		2 764 987	2 975 579
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	20	2 208 785	2 157 610	111 986	2 269 596	2 114 506
Créances douteuses	21	69 701	470 700	XXXX	470 700	490 795
Loyers	22	3 455 549	3 457 043	XXXX	3 457 043	3 432 169
Amortissement des immobilisations (Fi:P422)	23		XXXX	5 531 570	5 531 570	4 837 268
Perte sur disposition d'immobilisations (Fi:P420, 421)	24		XXXX			
	25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	26	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (Fi:P325)	27	19 430 404	20 133 223		20 133 223	19 506 577
TOTAL (L.13 à L.27)	28	156 135 769	160 786 994	8 408 543	169 195 537	166 040 314
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28)						
	29	0	(883 596)	952 609	69 013	272 594

Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement

6.5 ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2015

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.			
CSSS Dorval-Lachine-Lasalle	1104-4229	204-00 /			
Tous les fonds		exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉES			
ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE					
	FONDS	Exploitation	Immobilisations	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.
		1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS					
Encaisse (découvert bancaire)	1	3 941 346	1 506 141	5 447 487	4 633 266
Placements temporaires	2				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:P362, FI:P408)	3	4 713 774	989 666	5 703 440	10 707 309
Autres débiteurs (FE:P360, FI: P400)	4	3 757 618	553 645	4 311 263	3 511 813
	5	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Créances interfonds (dettes interfonds)	6	2 037 213	(2 037 213)	0	
Subvention à recevoir (perpue d'avance) - réforme comptable (FE:P362, FI:P408)	7	9 234 457	19 686 403	28 920 860	28 996 077
Placements de portefeuille					
Frais reportés liés aux dettes	9	XXXX	273 753	273 753	296 290
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P360, FI: P400)	12	200 518		200 518	53 255
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12)	13	23 884 926	20 972 395	44 857 321	48 198 010
PASSIFS					
Emprunts temporaires (FE: P365, FI: P403)	14		5 085 785	5 085 785	4 656 599
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: P362, FI: P408)	15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361, FI: P401)	16	13 795 677	2 882 914	16 678 591	15 386 280
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	17	XXXX	7 935 384	7 935 384	7 888 308
Intérêts courus à payer (FE: P361, FI: P401)	18		792 084	792 084	821 308
Revenus reportés (FE: P290 et 291, FI: P294)	19	291 843	19 163 874	19 455 717	20 252 780
	20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Dettes à long terme (FI: P403)	21	XXXX	93 203 603	93 203 603	90 229 386
Passifs environnementaux (FI: P401)	22	XXXX	375 000	375 000	375 000
Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363)	23	12 949 501	XXXX	12 949 501	12 286 738
	24	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments (FE: P361, FI: P401)	25	523 027		523 027	1 564 145
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25)	26	27 560 048	129 438 644	156 998 692	153 462 544
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)(L.13 - L.26)	27	(3 675 122)	(108 466 249)	(112 141 371)	(105 264 534)
ACTIFS NON FINANCIERS					
Immobilisations (FI: P420, 421, 422)	28	XXXX	111 227 578	111 227 578	104 883 014
Stocks de fournitures (FE: P360)	29	1 022 539	XXXX	1 022 539	1 128 361
Frais payés d'avance (FE: P360, FI: P400)	30	1 268 846	15 656	1 284 502	577 394
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30)	31	2 291 385	111 243 234	113 534 619	106 588 769
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT					
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32)	33	(1 383 737)	2 776 965	1 393 248	1 324 235
Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)					
Éventualités (pages 636-01 et 636-02)					
Colonne 2: Établissements publics seulement					
Ligne 06, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro					
Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement					

6.6 ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2015

Nom de l'établissement		Code		Page / Idn.		
CSSS Dorval-Lachine-Lasalle		1104-4229		206-00 /		
Tous les fonds		exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉES				
ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)						
		Budget	Fonds Exploitation	Fonds Immobilisations	Total - Ex.Courant (C2+C3)	Total - Ex.Précédent
		1	2	3	4	5
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1		(2 205 896)	(103 058 638)	(105 264 534)	(91 436 775)
Modifications comptables avec retraitements des années antérieures	2					
Modifications comptables sans retraitements des années antérieures	3					XXXX
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L.01 à L.03)	4		(2 205 896)	(103 058 638)	(105 264 534)	(91 436 775)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200, L.29)	5		(883 596)	952 609	69 013	272 594
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS:						
Acquisitions (Fi:P421)	6		XXXX	(11 876 134)	(11 876 134)	(19 182 906)
Amortissement de l'exercice (Fi:P422)	7		XXXX	5 531 570	5 531 570	4 837 268
(Gain)/Perte sur dispositions (Fi:P208)	8		XXXX			
Produits sur dispositions (Fi:P208)	9		XXXX			
Réduction de valeurs (Fi:P420, 421-00)	10		XXXX			
	11	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	12	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	13	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13)	14		XXXX	(6 344 564)	(6 344 564)	(14 345 638)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE:						
Acquisition de stocks de fournitures	15		(5 517 890)	XXXX	(5 517 890)	(5 790 781)
Acquisition de frais payés d'avance	16		(4 940 135)	(15 656)	(4 955 791)	(6 116 179)
Utilisation de stocks de fournitures	17		5 623 712	XXXX	5 623 712	5 838 073
Utilisation de frais payés d'avance	18		4 248 683		4 248 683	6 314 172
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYES D'AVANCE (L.15 à L.18)	19		(585 630)	(15 656)	(601 286)	245 285
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	20					
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20)	21		(1 469 226)	(5 407 611)	(6 876 837)	(13 827 759)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21)	22		(3 675 122)	(108 466 249)	(112 141 371)	(105 264 534)

6.7 ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) ACCUMULÉS AU 31 MARS 2015

Nom de l'établissement

CSSS Dorval-Lachine-Lasalle

Code

1104-4229

Page / Idn.

202-00 /

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015-AUDITÉE

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

		Fonds Exploitation Ex.courant	Fonds Immobilisations Ex.courant	Total Ex.courant (C1+C2)	Total Ex.préc.	
		1	2	3	4	Notes
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	1	(500 139)	1 824 374	1 324 235	1 051 641	
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser)	2					
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser)	3				XXXX	
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L.01 à L.03)	4	(500 139)	1 824 374	1 324 235	1 051 641	
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	5	(883 596)	952 609	69 013	272 594	
Autres variations:						
Transferts Interétablissements (préciser)	6					
Transferts Interfonds (préciser)	7					
Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser)	8		XXXX			
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L.06 à L.09)	10					
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L.04 + L.05 + L.10)	11	(1 383 735)	2 776 983	1 393 248	1 324 235	
Constitués des éléments suivants:						
Affectations d'origine externe	12	XXXX	XXXX			
Affectations d'origine Interne	13	XXXX	XXXX			
Solde non affecté (L.11 - L.12 - L.13)	14	XXXX	XXXX	1 393 248	1 324 235	
TOTAL (L.12 à L.14)	15	XXXX	XXXX	1 393 248	1 324 235	

Notes

6.8 ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2015

Nom de l'établissement	Code	Page / Idn.	
CSSS Dorval-Lachine-Lasalle	1104-4229	208-00 /	
Tous les fonds		exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉES	
ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE			
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT			
Surplus (déficit) de l'exercice	1	69 013	272 594
ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE:			
Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts	2		
Stocks de fournitures et frais payés d'avance	3	(601 286)	245 285
Perte (gain) sur disposition d'immobilisations	4		
Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille	5		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations:			
- Gouvernement du Canada	6		
- Autres	7		(924 490)
Amortissement des immobilisations	8	5 531 570	4 837 268
Réduction pour moins-valeur des immobilisations	9		
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	10	73 926	54 852
Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	11		
Subvention à recevoir - réforme comptable - immobilisations	12	13 288	
Autres	13		
TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13)	14	5 017 498	4 212 915
Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement	15	4 200 441	4 738 231
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15)	16	9 286 952	9 223 740
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS			
Acquisitions d'immobilisations	17	(11 876 134)	(19 182 906)
Produits de disposition d'immobilisations	18		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18)	19	(11 876 134)	(19 182 906)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT			
Variation des placements temporaires	20		
Placements de portefeuille effectués	21		
Produits de disposition de placements de portefeuille	22		
Placements de portefeuille réalisés	23		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23)	24		

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (SUITE)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT			
Dettes à long terme:			
Emprunts effectués - Dettes à long terme	1	9 447 404	42 157 407
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme	2		
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	3	(4 931 633)	(3 551 999)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	4	(1 541 354)	(9 716 559)
Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette	5		
Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation	6		
Emprunts temporaires - fonds d'immobilisations:			
Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations	7	2 429 186	52 316 274
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations	8	(2 000 000)	(70 021 630)
Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations	9		
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	10		
Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement	11		
Autres	12		
FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L.01 à L.12)	13	3 403 403	11 183 493
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P.208-00, L.16 + L.19 + L.24 + P.208-01, L.13):			
	14	814 221	1 224 327
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	15	4 633 266	3 408 939
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L.14 + L.15)	16	5 447 487	4 633 266
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT:			
Encaisse	17	5 447 487	4 633 266
Placements dont l'échéance n'excède pas 3 mois	18		
TOTAL (L.17 + L.18)	19	5 447 487	4 633 266

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT:			
Débiteurs - Agence et MSSS	1	5 003 869	(1 932 953)
Autres débiteurs	2	(1 844 821)	1 676 641
Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs	3	61 929	(679 309)
Frais reportés liés aux dettes	4	(51 389)	(137 543)
Autres éléments d'actifs	5	(147 263)	(45 376)
Créditeurs - Agence et MSSS	6		
Autres créditeurs et autres charges à payer	7	1 292 311	360 631
Avances en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées	8	47 076	3 908 505
Intérêts courus à payer	9	(29 224)	202 340
Revenus reportés	10	248 308	
Passifs environnementaux	11		
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	12	660 763	514 512
Autres éléments de passifs	13	(1 041 118)	870 783
TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.13)	14	4 200 441	4 738 231
AUTRES RENSEIGNEMENTS:			
Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars	15		
Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars	16		
Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie	17		
Intérêts:			
Intérêts créditeurs (revenus)	18		
Intérêts encaissés (revenus)	19		
Intérêts débiteurs (dépenses)	20		
Intérêts déboursés (dépenses)	21		
Placements temporaires:			
Échéance inférieure ou égale à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	22		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant	23		
Échéance supérieure à 3 mois:			
-Solde au 31 mars de l'exercice précédent	24		
-Placements effectués	25		
-Placements réalisés	26		
-Solde au 31 mars de l'exercice courant (L.24 + L.25 - L.26)	27		

Fonds d'exploitation

exercice terminé le 31 mars 2015 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

		Budget	Activités principales	Activités accessoirés	Total (C2+C3)	Exercice précédent
		1	2	3	4	5
REVENUS						
Subventions Agence et MSSS (P362)	1	138 657 680	141 096 172	1 222 080	142 318 252	140 728 551
Subventions Gouvernement du Canada (C2:P290/C3:P291)	2	99 108		69 892	69 892	99 108
Contributions des usagers (P301)	3	15 377 511	16 094 235	XXXX	16 094 235	15 781 361
Ventes de services et recouvrements (P320)	4	599 490	556 548	XXXX	556 548	594 903
Donations (C2:P290/C3:P291)	5					
Revenus de placement (P302)	6	63 899	125 340		125 340	96 841
Revenus de type commercial (P351)	7	330 210	XXXX	335 781	335 781	321 145
Gain sur disposition (P302)	8					
	9	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
	10	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres revenus (P302)	11	1 007 871	403 350		403 350	592 913
TOTAL (L.01 à L.11)	12	156 135 769	158 275 645	1 627 753	159 903 398	158 214 822
CHARGES						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2:P320/C3:P351)	13	114 806 027	116 824 697	323 110	117 147 807	115 453 713
Médicaments (P750)	14	2 531 703	2 334 097	XXXX	2 334 097	2 365 204
Produits sanguins	15	522 517	449 353	XXXX	449 353	489 454
Fournitures médicales et chirurgicales (P755)	16	3 049 244	4 284 139	XXXX	4 284 139	4 267 579
Denrées alimentaires	17	2 276 386	2 236 138	XXXX	2 236 138	2 348 131
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650)	18	7 785 453	8 116 884	XXXX	8 116 884	7 759 339
Frais financiers (P325)	19			XXXX		
Entretien et réparations (C2:P650 c/a 7800)	20	2 208 785	1 702 252	455 358	2 157 610	2 024 431
Créances douteuses (C2:P301)	21	69 701	470 700		470 700	490 795
Loyers	22	3 455 549	3 457 043		3 457 043	3 432 169
	23	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges (P325)	24	19 430 404	19 374 101	759 122	20 133 223	19 506 577
TOTAL (L.13 à L.24)	25	156 135 769	159 249 404	1 537 590	160 786 994	158 137 392
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25)	26	0	(973 759)	90 163	(883 596)	77 430

ANNEXE 1 – CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le CSSS DLL s'est doté d'un code d'éthique et de déontologie pour les membres du conseil d'administration. Vous pouvez le consulter en annexe.

**CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE
DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DU CSSS DE DORVAL-LACHINE-LASALLE**

FÉVRIER 2014

Table des matières

ARTICLE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	109
1.1 Préambule.....	109
1.2 Objectifs généraux et champ d’application	109
1.3 Fondement.....	109
ARTICLE II – DÉFINITIONS ET INTERPRÉTATION	111
ARTICLE III – PRINCIPES D’ÉTHIQUE	113
ARTICLE IV – RÈGLES DE DÉONTOLOGIE.....	114
Disponibilité et participation active	114
Respect.....	114
Soins et compétences.....	114
Neutralité	115
Transparence.....	115
Discrétion et confidentialité	115
Relations publiques.....	115
Charge publique	116
Biens et services de l’établissement	116
Avantages et cadeaux.....	116
Interventions inappropriées	117
ARTICLE V – ADMINISTRATEURS INDÉPENDANTS	118
ARTICLE VI – CONFLIT D’INTÉRÊTS	119
ARTICLE VII – FIN DU MANDAT.....	121
ARTICLE VIII – APPLICATION DU CODE.....	122
8.1 Adhésion au code	122
8.2 Comité de gouvernance et d’éthique	122
8.3 Comité de discipline.....	123
ARTICLE IX – PROCESSUS DISCIPLINAIRE.....	124
ARTICLE X – DIFFUSION DU CODE	126
ARTICLE XI – DISPOSITIONS FINALES	127
11.1 Entrée en vigueur	127
11.2 Révision.....	127
ANNEXE I.....	128

Engagement personnel et affirmation d’office de l’administrateur	128
ANNEXE II	129
Avis de bris du statut d’indépendance	129
ANNEXE III	130
Déclaration des intérêts d’un administrateur	130
ANNEXE IV	131
Formule de déclaration de conflit d’intérêts	131
ANNEXE V	132
Signalement d’une situation de conflit d’intérêts d’un administrateur	132
ANNEXE VI	133
Affirmation solennelle de discrétion de toute personne chargée de faire enquête dans le cadre du processus disciplinaire édicté en vertu du présent code d’éthique	133
BIBLIOGRAPHIE	134

PRÉAMBULE

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

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

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

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

Le présent code d'éthique et de déontologie des administrateurs du CSSS DLL s'inscrit dans la raison d'être de l'établissement, à savoir notamment, de dispenser des services de santé et des services sociaux de qualité, efficaces et efficients, selon les besoins de la clientèle desservie, tout en tenant compte des ressources humaines, matérielles et financières dont il dispose. De plus, le conseil d'administration du CSSS DLL met l'emphasis sur une reddition de comptes transparente, tant auprès des différents paliers de gouvernance qu'auprès de la population.

En outre, le CSSS DLL est guidé par sa vision ainsi que ses valeurs qui sont, notamment :

Valeurs externes :

- Engagement
- Respect
- Responsabilisation

Valeurs internes :

- Respect mutuel
- Transparence
- Travail d'équipe
- Équilibre travail – vie privée
- Reconnaissance
- Adhésion

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

ARTICLE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Préambule

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

1.2 Objectifs généraux et champ d'application

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

- 1° Traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- 2° Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- 3° Régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des administrateurs;
- 4° Traite des devoirs et obligations des administrateurs même après qu'ils ont cessé d'exercer leurs fonctions;
- 5° Prévoit des mécanismes d'application du code dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.
- 6°

Le présent code s'applique à tout administrateur de l'établissement du CSSS DLL. Tout administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent code ainsi que par la loi. En cas de divergence, les règles les plus exigeantes s'appliquent.

1.3 Fondement

Le présent code repose notamment sur les dispositions suivantes :

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

ARTICLE II – DÉFINITIONS ET INTERPRÉTATION

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

- a) **Administrateur** : un membre du conseil d'administration de l'établissement, qu'il soit élu, nommé, désigné ou coopté;
- b) **Code** : le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de l'établissement élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration;
- c) **Comité de discipline** : le comité de discipline institué par le conseil d'administration pour traiter une situation de manquement ou d'omission dont il a été saisi;
- d) **Comité de gouvernance et d'éthique** : le comité de gouvernance et d'éthique de l'établissement ayant pour fonctions notamment d'assurer l'application et le respect du présent code ainsi que sa révision, au besoin;
- e) **Conflit d'intérêts** : désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir;
- f) **Conjoint** : une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la « *Loi d'interprétation* », L.R.Q., c. I-16;
- g) **Conseil d'administration** : désigne le conseil d'administration de l'établissement;
- h) **Entreprise** : toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'établissement;
- i) **Établissement** : désigne le CSSS DLL;
- j) **Famille immédiate** : aux fins de l'article 131 (notion de personne indépendante) de la « *Loi sur les services de santé et les services sociaux* », L.R.Q., c. S-4.2, est un membre de la famille immédiate d'un directeur général, d'un directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le

conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint;

- k) **Faute grave** : résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables à l'administrateur et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration de l'établissement;
- l) **Intérêt** : désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique;
- m) **Loi** : toute loi applicable dans le cadre du présent code, incluant les règlements pertinents;
Personne indépendante : tel que prévu à l'article 131 de la « Loi sur les services de santé et les services sociaux », L.R.Q., S-4.2., une personne se qualifie comme indépendante si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement ⁵;
- n) **Proche** : membre de la famille immédiate de l'administrateur étant son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint. Désigne aussi son frère ou sa sœur, incluant leur conjoint respectif;
- o) **Renseignements confidentiels** : une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonctions dans l'établissement ou à l'établissement lui-même.

Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration de l'établissement, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet auquel l'établissement participe.

5. Sur la portée de la notion de « *personne indépendante* », nous vous référons au communiqué AJ2011-07 émis le 19 octobre 2011 (résumé).

ARTICLE III – PRINCIPES D'ÉTHIQUE

L'éthique qui apparaît la plus significative dans le domaine de l'administration publique retrouve son sens dans la dynamique des valeurs telles qu'être transparent, responsable et juste ⁶.

- 3.1** Administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie. L'administrateur remplit ses devoirs et obligations générales selon les exigences de la bonne foi.
- 3.2** L'administrateur doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux.
- 3.3** L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie qui sont prévues au présent code.
- 3.4** L'administrateur est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- 3.5** L'administrateur souscrit aux principes de pertinence, de continuité, d'accessibilité, de qualité, de sécurité et d'efficacité des services dispensés, principes préconisés en vertu de la « *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ».
- 3.6** L'administrateur exerce ses responsabilités dans le respect des orientations locales, régionales et nationales en tenant compte des ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières de l'établissement.
- 3.7** L'administrateur participe activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- 3.8** L'administrateur contribue, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs et de la vision de l'établissement en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.

6. ASSOCIATION DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Éthique et directeur général*, février 1987, p. 5.

ARTICLE IV – RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

La déontologie est un ensemble de règles et de normes de conduite qui régissent une profession ou une fonction, et dans ce dernier cas, celle d'administrateurs ⁷.

Disponibilité et participation active

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

Respect

- 4.2** L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, est tenu de respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques et procédures applicables. Il est notamment tenu de respecter les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- 4.3** L'administrateur agit de manière courtoise et entretient à l'égard de toute personne des relations fondées sur le respect, la coopération et le professionnalisme.
- 4.4** L'administrateur doit respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision. Il s'engage à respecter la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée du conseil d'administration. Il respecte toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence.

Soins et compétences

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

7. AQESSS, « *Déontologie et éthique* » – définitions, fiche révisée, janvier 2012, 2 pages.

Neutralité

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

Transparence

- 4.8** L'administrateur exerce ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- 4.9** L'administrateur partage avec les membres du conseil d'administration toute information utile ou pertinente aux prises de décisions du conseil d'administration.

Discrétion et confidentialité

- 4.10** L'administrateur fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions. De plus, il doit faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- 4.11** L'administrateur préserve la confidentialité des délibérations du conseil d'administration, des positions défendues, des votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision de l'établissement.
- 4.12** L'administrateur s'abstient d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts.

Relations publiques

- 4.13** L'administrateur respecte la politique de l'établissement sur les relations avec les médias.

Charge publique

- 4.14** L'administrateur informe le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique électorale.
- 4.15** L'administrateur doit démissionner immédiatement de ses fonctions d'administrateur lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. De plus, il doit démissionner de ses fonctions d'administrateur s'il est élu à une charge publique dont l'exercice est à temps partiel et que cette charge est susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêts.

Biens et services de l'établissement

- 4.16** L'administrateur utilise les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire par le conseil d'administration. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'établissement.
- 4.17** L'administrateur ne reçoit aucun traitement pour l'exercice de ses fonctions. Il a cependant droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

Avantages et cadeaux

- 4.18** L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.
- 4.19** L'administrateur qui reçoit un avantage contraire au présent code est redevable envers l'établissement de la valeur de l'avantage reçu.

Interventions inappropriées

- 4.20** L'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve de la « *Loi sur les services de santé et les services sociaux* », L.R.Q., c. S-4.2.
- 4.21** L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

ARTICLE V – ADMINISTRATEURS INDÉPENDANTS

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

ARTICLE VI – CONFLIT D'INTÉRÊTS

- 6.1** L'administrateur ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.
- 6.2** Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, un administrateur doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du présent code.
- 6.3** L'administrateur doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :
- a) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
 - b) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
 - c) Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
 - d) Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
 - e) Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.
- 6.4** L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire de l'Annexe III du présent code.
- 6.5** L'administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire de l'Annexe IV du présent code. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil

d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

- 6.6** Le fait pour un administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si cet administrateur ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la « *Loi sur les valeurs mobilières* » (L.R.Q., c. V-1.1).
- 6.7** L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du conseil d'administration doit sur-le-champ déclarer cette situation au conseil d'administration. Cette déclaration doit être consignée au procès-verbal. L'administrateur doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
- 6.8** Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflit d'intérêts, et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au directeur général. Pour signaler cette situation, cette personne doit remplir le formulaire de l'Annexe V du présent code. Le président du conseil d'administration ou, le cas échéant, le directeur général, transmet ce formulaire au comité de gouvernance et d'éthique. Le comité de gouvernance et d'éthique peut recommander l'application de mesures préventives ou la tenue d'une enquête par le comité de discipline. Le comité de gouvernance et d'éthique remet son rapport écrit et motivé au conseil d'administration, au plus tard dans les trente (30) jours de la réception du signalement.
- 6.9** La donation ou le legs fait à l'administrateur qui n'est ni le conjoint ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

FARTICLE VII – FIN DU MANDAT

- 7.1** Malgré l'expiration de son mandat, l'administrateur doit demeurer en fonction jusqu'à ce qu'il soit remplacé ou élu, désigné, nommé ou coopté de nouveau, tout en maintenant la même qualité d'implication et de professionnalisme.
- 7.2** L'administrateur doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions au sein du Conseil d'administration.
- 7.3** L'administrateur qui a cessé d'exercer sa charge doit se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- 7.4** À la fin de son mandat, l'administrateur ne doit pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation de l'établissement pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- 7.5** L'administrateur s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, de solliciter un emploi auprès de l'établissement.

ARTICLE VIII – APPLICATION DU CODE

8.1 Adhésion au code

- 8.1.1 Chaque administrateur s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent code ainsi que les lois applicables.
- 8.1.2 Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent code par le conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement de l'Annexe I du présent code. Chaque nouvel administrateur doit aussi le faire dans les soixante (60) jours suivant son entrée en fonction.
- 8.1.3 En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent code, il appartient à l'administrateur de consulter le comité de gouvernance et d'éthique de l'établissement.

8.2 Comité de gouvernance et d'éthique

- 8.2.1 En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique de l'établissement a pour fonctions de :
 - a) Élaborer un code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.1.4 de la « *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* » (L.R.Q., c. M-30);
 - b) Diffuser et promouvoir le présent code auprès des membres du conseil d'administration;
 - c) Informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent code;
 - d) Conseiller les membres du conseil d'administration sur toute question relative à l'application du présent code;
 - e) Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux administrateurs qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
 - f) Réviser, au besoin, le présent code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
 - g) Évaluer périodiquement l'application du présent code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant.

8.3 Comité de discipline

- 8.3.1 Le conseil d'administration forme un comité de discipline composé de trois (3) membres et, d'un membre substitut, nommés par et parmi les administrateurs de l'établissement. Le comité est formé d'une majorité de membres indépendants et il est présidé par un membre indépendant.
- 8.3.2 De plus, le comité de discipline peut avoir recours à une ressource externe à l'établissement. Une personne cesse de faire partie du comité de discipline dès qu'elle perd la qualité d'administrateur.
- 8.3.3 Un membre du comité de discipline ne peut siéger lorsqu'il est impliqué dans une situation soumise à l'attention du comité.
- 8.3.4 Le comité de discipline a pour fonctions de :
- a) Faire enquête lorsqu'il est saisi d'une situation de manquement ou d'omission, concernant un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent code;
 - b) Déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent code;
 - c) Faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.

ARTICLE IX – PROCESSUS DISCIPLINAIRE

- 9.1** Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévu dans le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.
- 9.2** Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité de discipline, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir au présent code, en transmettant le formulaire de l'Annexe V du présent code rempli par cette personne.
- 9.3** Le comité de discipline détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions du présent code. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans un délai de vingt (20) jours de l'avis, fournir ses observations par écrit au comité de discipline et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au manquement reproché. L'administrateur concerné doit en tout temps répondre avec diligence à toute communication ou demande du comité de discipline.
- 9.4** L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.
- 9.5** Le comité de discipline peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire d'affirmation solennelle de discrétion de l'Annexe VI du présent code.
- 9.6** Tout membre du comité de discipline qui enquête doit le faire dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.
- 9.7** Le comité de discipline doit respecter les règles de justice naturelle en offrant à l'administrateur concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité de discipline, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, l'administrateur est entendu par le comité de discipline, il peut être accompagné d'une personne de son choix.
- 9.8** Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles

d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

- 9.9** Le comité de discipline transmet son rapport au conseil d'administration, au plus tard dans les quarante-cinq (45) jours suivant la réception des allégations ou du début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :
- a) Un état des faits reprochés;
 - b) Un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue de l'administrateur visé;
 - c) Une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du présent code;
 - d) Une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.
- 9.10** En application de l'article 9.9 d) du présent code, le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil d'administration doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre. Ce dernier peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, ceux-ci ne peuvent pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.
- 9.11** Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du directeur général, le conseil d'administration doit s'assurer du respect des dispositions du « *Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux hors-cadres des agences et des établissements publics de santé et de services sociaux* », (R.R.Q., c. S-4.2, r. 5.2).
- 9.12** Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée à l'administrateur concerné. Toute mesure imposée à l'administrateur, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées.
- 9.13** Cette mesure peut être un rappel à l'ordre, une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois, une révocation de son mandat, selon la nature et la gravité de la dérogation.
- 9.14** Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du présent code, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement, conformément aux dispositions de la « *Loi sur les archives* », (L.R.Q., c. A-21.1).

ARTICLE X – DIFFUSION DU CODE

- 10.1** L'établissement doit rendre le présent code accessible au public et le publier dans son rapport annuel.
- 10.2** Le rapport annuel de gestion de l'établissement doit faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité de discipline, des décisions prises et des mesures imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des administrateurs suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

ARTICLE XI – DISPOSITIONS FINALES

11.1 Entrée en vigueur

11.1.1 Le présent code entre en vigueur le jour de son adoption par le conseil d'administration de l'établissement.

11.2 Révision

11.2.1 Le présent code doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique de l'établissement tous les cinq (5) ans ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent.

ANNEXE I
(ARTICLE 8.1.2 DE CE CODE)

Engagement personnel et affirmation d'office de l'administrateur

Je, soussigné(e), _____, administrateur du conseil d'administration du
Centre de santé et de services sociaux de Dorval-Lachine-LaSalle (CSSS DLL), déclare avoir pris
connaissance du code applicable aux administrateurs, adopté par le conseil d'administration le
_____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié(e) par chacune de ses
dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le CSSS DLL.
Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement en toute
indépendance, au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction
et d'en exercer de même tous les pouvoirs. J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune
somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes
fonctions, autre que le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je
m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement
ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi j'ai _____, pris connaissance du code d'éthique et de déontologie
des membres du conseil d'administration du CSSS DLL et je m'engage à m'y conformer.

Signature de l'administrateur

Date

Lieu

Nom du témoin

Signature du témoin

ANNEXE II

(ARTICLE 5.1 DE CE CODE)

Avis de bris du statut d'indépendance

Je, soussigné(e), _____, déclare par la présente, croire être dans une
situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil
d'administration due aux faits suivants :

Signature de l'administrateur

Date

Lieu

ANNEXE III
(ARTICLE 6.4 DE CE CODE)

Déclaration des intérêts d'un administrateur

Je, soussigné(e), _____, administrateur du Centre de santé et de services sociaux
de Dorval-Lachine-LaSalle (CSSS DLL),
Nom de l'administrateur

déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est partie à un contrat avec le CSSS DLL ou qui est susceptible de le devenir.

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées.

2. J'agis à titre d'administrateur d'une autre personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non et qui est partie à un contrat avec ou qui est susceptible de le devenir.

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises ou organismes concernés.

3. J'occupe l'emploi(s) chez l'employeur(s) identifié(s) ci-après.

Emploi	Employeur
_____	_____
_____	_____
_____	_____

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts personnels est débattue.

Signature de l'administrateur Date Lieu

ANNEXE IV

(ARTICLE 6.5 DE CE CODE)

Formule de déclaration de conflit d'intérêts

Je, soussigné(e) _____, déclare par la présente, croire être en
conflit d'intérêts en regard des faits suivants :
Nom de l'administrateur

Signature de l'administrateur

Date

Lieu

ANNEXE V

(ARTICLE 6.8 DE CE CODE)

Signalement d'une situation de conflit d'intérêts d'un administrateur

Je, soussigné(e), _____, estime que l'administrateur (ou les
administrateurs) suivant(s) : _____ sont en situation de conflit
d'intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

Je demande l'avis du comité de gouvernance et d'éthique.

Je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la « *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* », (L.R.Q., c. A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d'examiner s'il existe ou non une situation de conflit d'intérêts apparente, réelle ou potentielle.

Signature de la personne

Date

Lieu

ANNEXE VI

(ARTICLE 9.5 DE CE CODE)

Affirmation solennelle de discrétion de toute personne chargée de faire enquête dans le cadre du processus disciplinaire édicté en vertu du présent code d'éthique

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

Signature de la personne

Date

Lieu

BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX, *Code d'éthique et de déontologie des membres d'un établissement de santé et de services sociaux*, Novembre 2012, 54 p.