

Centre de santé et de services sociaux
d'Ahuntsic et Montréal-Nord



Rapport annuel de gestion 2010-2011



Table des matières

Message du président du conseil d'administration et de la directrice générale	3
Déclaration de fiabilité	5
Le CSSS d'Achuntsic et Montréal-Nord	
Le territoire	7
Les installations	8
La mission	8
La vision	9
Les valeurs organisationnelles	9
Caractéristiques de la population du territoire	11
Indicateurs généraux de santé	14
Structure organisationnelle	19
Planification stratégique 2010-2013	21
Organigramme et faits saillants de l'année	
Direction générale	23
Direction générale adjointe	27
Direction des programmes d'adaptation sociale, des services multidisciplinaires et des services généraux	37
Direction du programme de santé physique et des soins infirmiers	49
Direction des affaires médicales et hospitalières	55
Direction des services aux aînés	61
Direction locale de santé publique et du développement des communautés	67
Direction des ressources humaines et du développement organisationnel	73
Direction des services techniques et des immobilisations	77
Direction des ressources informationnelles	83
Direction des ressources financières	87
▪ Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés	89
▪ États financiers	92
Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services	93
Suivi de l'entente de gestion	97
Conseil d'administration et ses comités	105
Comité des usagers et comités de résidents	119
Conseils professionnels	127
Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration	143
Annexe 1 - Résultats financiers 2010-2011 (Documents extraits du AS-471)	147

Le rapport annuel de gestion 2010-2011 a été adopté par le conseil d'administration à la séance du 21 juin 2011.

La réalisation du rapport annuel de gestion 2010-2011 est le fruit du travail de nombreux collaborateurs provenant des différentes directions du CSSS d'Achuntsic et Montréal-Nord. Merci à ces personnes pour leur contribution.

Ce document est disponible en ligne au www.csssamn.ca ou auprès de la Direction générale adjointe.

Production :

Centre de santé et de services sociaux d'Achuntsic et Montréal-Nord
Direction générale adjointe
1725, boulevard Gouin Est
Montréal (Québec) H2C 3H6

Note :

Dans ce document, le masculin comme le féminin sont pris dans leur sens générique et désignent aussi bien les hommes que les femmes.

Dépôt légal :

Bibliothèque nationale du Québec, 2011
Bibliothèque nationale du Canada, 2011



Message du président du conseil d'administration et de la directrice générale

Le Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord vous présente avec fierté son rapport sur ses activités de l'année 2010-2011.

La synthèse des principaux faits marquants de l'année vous permettra de constater l'ampleur des réalisations de nos équipes au regard des programmes et services rendus à la population et les défis auxquels notre organisation est confrontée.

L'exigence de qualité des soins et services, leur maintien et leur développement, et les impératifs de sécurité définissent les horizons de notre organisation. C'est ainsi que deux dossiers majeurs ont vu le jour : la planification stratégique 2010-2013 et le plan d'organisation de l'établissement. Ces documents constituent une boussole pour la gestion, particulièrement nécessaire pour répondre aux exigences d'évaluation, d'efficacité et de performance auxquelles nous devons nous conformer.

Dans une optique d'amélioration continue, l'établissement est en mouvement sur plusieurs aspects. À titre d'exemples du travail effectué par nos équipes afin de bien nous positionner et améliorer les soins et services à la population, soulignons le développement des services à la personne âgée en perte d'autonomie liée au vieillissement, le déploiement des ressources intermédiaires, les gains de productivité grâce à la réorganisation du travail dans différents secteurs, le déploiement de nouvelles technologies, les ententes de partenariat, entre autres en santé mentale ou en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, les préparatifs pour la visite d'agrément de mai 2011, la création de groupes de médecine de famille, les ententes avec les maisons d'enseignement pour accueillir davantage de stagiaires, la création de guichets d'accès dont celui pour les personnes à la recherche d'un médecin de famille qui a répondu à un grand nombre de demandes, etc.

Défi important, celui du recrutement et de la rétention du personnel. À l'instar des autres établissements, nous faisons face à une pénurie de personnel, d'où l'importance de nous démarquer et de travailler à des stratégies de recrutement pour diminuer, voire éliminer, le recours à la main-d'œuvre indépendante.

Rappelons aussi le contexte économique plus difficile, notamment l'adoption de la loi 100, où l'on nous demande de toujours faire mieux et faire plus avec des budgets moindres pour répondre à une clientèle requérant davantage de soins et services. Nous avons travaillé activement à l'atteinte de toutes les cibles qui nous ont été fixées pour l'exercice 2010-2011.

L'investissement quotidien d'un grand nombre de personnes doit être salué. Nous ne pouvons passer sous silence le travail exceptionnel de nos employés, médecins et bénévoles qui, malgré des conditions qui ne sont pas toujours faciles, ont su maintenir de très hauts standards de qualité. Nous voulons également exprimer notre gratitude à l'endroit de tous les partenaires de notre réseau local de services pour leur engagement et leur collaboration dans les différents projets mis en œuvre pour favoriser le mieux-être et la santé de la population. Un mot également à chacun des membres du conseil d'administration pour leur engagement et leur vision dans l'accomplissement de notre mission.

Demeurer **centré sur le mieux-être de notre population** est un exercice que nos équipes assument avec passion bien qu'il soit exigeant, pour toujours offrir des soins et services de qualité, accessibles, sécuritaires et en continuité. Bonne lecture !

Denis Rousseau
Président du conseil d'administration

Diane Daigle
Directrice générale

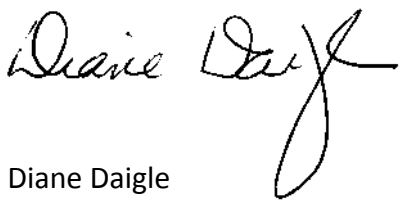
Déclaration de fiabilité des données contenues dans le rapport de gestion 2010-2011

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assurée que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le *Rapport annuel de gestion 2010-2011* du Centre de santé et de services sociaux d'Achunsi et Montréal-Nord, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2011.

La directrice générale,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Diane Daigle', with a stylized flourish at the end.

Diane Daigle

Le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord

Le territoire

Le Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord (CSSSAM-N) dessert une population estimée à plus de 165 000 personnes, ce qui le place 5^e en importance sur l'île de Montréal, et 16^e parmi les 95 réseaux locaux de services du Québec. Sa population représente 9 % de la population de l'île de Montréal.

Le territoire du CSSSAM-N est situé dans la partie nord-est de l'île de Montréal. Il englobe le territoire municipal de Montréal-Nord ainsi que le quartier Ahuntsic, de l'arrondissement Ahuntsic-Cartierville. Il est bordé au nord par la rivière des Prairies, à l'ouest par la rue Meilleur et à l'est par le boulevard Albert-Hudon.

La partie sud-ouest du territoire est limitée par le boulevard Crémazie, tandis que le boulevard Industriel délimite le territoire pour sa partie sud-est, soit de la rue Papineau jusqu'au boulevard Albert-Hudon.



Les installations

Le CSSSAM-N, en conformité avec la Loi sur les services de santé et les services sociaux, offre les services requis à l'intérieur de ses installations ou dans les différents milieux de vie, à l'école, au travail, à domicile ou par ententes de services avec ses différents partenaires.

L'**Hôpital Fleury**, avec ses 174 lits de soins de courte durée, dispense des soins et services généraux et spécialisés à la population du territoire d'Achuntsic et Montréal-Nord. Pour ce faire, il compte sur l'appui de l'ensemble de son personnel, des médecins, des professionnels et de ses partenaires.

Les **CLSC d'Achuntsic et de Montréal-Nord** offrent une gamme de services courants et spécialisés en santé physique, en santé mentale, en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement, en dépendances, à la petite enfance, aux jeunes et à leur famille, aux jeunes en difficulté, en santé publique, en déficience physique ainsi que des services à domicile.

Les **centres d'hébergement de Louvain, Laurendeau, Légaré et Paul-Lizotte** offrent un milieu de vie et des soins adaptés aux personnes âgées ou aux adultes en perte d'autonomie. Nos quatre centres d'hébergement regroupent 688 lits et 71 unités de location.

Pour réaliser sa mission, le CSSSAM-N dispose de la collaboration d'un réseau local de partenaires très diversifié qui participent à l'organisation et à la dispensation des soins et services de santé et de services sociaux à la population du territoire.

La mission

La mission du CSSSAM-N doit se coller à la mission dictée par la Loi sur les services de santé et les services sociaux qui confie aux CSSS la responsabilité de la population de leur territoire.

Le CSSS d'Achuntsic et Montréal-Nord, riche de la diversité et des forces de la population de son territoire, s'engage à maintenir et améliorer le bien-être et la santé de celle-ci tout en favorisant le développement de son potentiel de santé.

Cet engagement du CSSSAM-N se traduit par la responsabilité d'agir sur la population de son territoire pour que celle-ci se sensibilise à l'importance de développer de saines habitudes de vie pour préserver sa santé. Le CSSSAM-N assume cette responsabilité en travaillant à maintenir et améliorer l'état de santé et de bien-être de sa population, en rendant les services plus accessibles et en assurant la prise en charge et l'accompagnement requis par ces personnes. Des activités de prévention et de promotion de la santé font aussi partie intégrante de la mission du CSSSAM-N afin de garantir une gamme complète de services.

Pour accomplir sa mission, le CSSSAM-N compte sur la collaboration et la mobilisation de ses partenaires locaux et régionaux, qu'ils soient sectoriels ou intersectoriels, ceux-ci possédant une bonne connaissance du milieu. Ces partenariats permettent d'assurer la continuité des services et le soutien aux usagers et à leurs proches à toutes les étapes de leur cheminement dans le réseau de la santé et des services sociaux.

La vision

Le CSSSAM-N s'engage à ce que la sécurité, le rayonnement et l'excellence soient au coeur de sa vision. Pour ce faire, il doit compter sur :

- **Des personnes engagées et mobilisées envers le mieux-être de la clientèle**
 - des personnes ambassadrices de l'organisation et de sa culture
 - des relations personnelles et collectives basées sur la confiance et le respect
 - un milieu valorisant, favorisant le développement et la réalisation professionnelle
 - une organisation dynamique, stimulante et reconnaissante à l'égard de son personnel
 - une organisation engagée dans la prévention et la promotion de la santé, et soucieuse de la sécurité et la qualité de vie au travail
- **Des pratiques de qualité et un environnement sécuritaire**
 - une approche centrée sur la personne, la famille et la communauté
 - des pratiques professionnelles basées sur des données probantes
 - un milieu qui valorise le développement du savoir et les pratiques novatrices
 - un environnement favorisant la santé et le bien-être et des espaces aménagés en fonction des besoins de la clientèle
 - une organisation qui respecte des pratiques reconnues en matière de sécurité
- **Une porte ouverte sur les besoins de sa population**
 - une connaissance approfondie de ses besoins et de ses réalités
 - un accès simple à une offre de service connue, dynamique et diversifiée
 - un accueil personnalisé
- **Un réseau intégré, des partenariats gagnants**
 - une reconnaissance de l'autonomie et de la contribution des partenaires
 - des mécanismes de concertation bien établis
 - une responsabilité collective partagée pour assurer l'accessibilité, la continuité et la complémentarité de la gamme de services offerts
- **Une population informée et responsabilisée à l'égard de sa santé**
 - un accès facile à l'information sur les soins et services disponibles sur son territoire
 - une population activement impliquée dans le maintien de sa santé et son bien-être
 - une personne en mesure de faire ses choix et de poser les gestes requis
- **Une organisation socialement et écologiquement responsable**
 - une utilisation judicieuse des ressources
 - des relations d'affaires qui partagent ses préoccupations sociétales et environnementales
 - des initiatives qui favorisent la réduction de son empreinte écologique

Les valeurs organisationnelles

La compassion, l'altruisme, la dignité, l'engagement et le respect sont les valeurs qui constituent notre engagement à mieux servir la population de notre territoire.

Compassion

Humanisme et sensibilité représentent les clés de la compassion. C'est aussi une forme de préalable pour œuvrer près de la clientèle et de la population. La sensibilité au regard des besoins exprimés par la population de notre territoire et la compréhension des émotions vécues par une clientèle vulnérable font de la compassion une valeur qui teinte la qualité des relations avec la clientèle.

Altruisme

Cette propension naturelle à porter assistance et aide aux personnes, empreinte de sollicitude, démontre l'altruisme qui est recherché par cette valeur. Cette disposition à se dévouer pour autrui puise son essence dans l'éventail de traits de personnalité que possède une personne. Faire preuve d'altruisme, c'est aussi reconnaître le besoin d'aide au sens large qui émane de la clientèle ou des collègues de travail.

Dignité

La dignité est ce sentiment qui est propre à chacun, lequel se reflète par le respect de soi. Être sensible à la dignité des personnes assure à la clientèle la courtoisie, la civilité et la politesse auxquelles elle est en droit de s'attendre de tous les intervenants du CSSAM-N. De plus, la dignité cohabite avec les valeurs culturelles propres à chaque ethnie et par conséquent, celles-ci enrichissent les qualités intrinsèques de notre population au regard de sa diversité.



Engagement

Par son niveau d'engagement, l'intervenant démontre concrètement qu'il participe à l'actualisation de la mission de l'établissement et est solidaire du développement de la communauté. Sa motivation au travail, sa détermination et la satisfaction qu'il éprouve sont en étroite relation avec le sens qu'il donne au travail qu'il accomplit. Son intérêt manifeste envers le travail d'équipe, bien souvent exécuté en multidisciplinarité et interdisciplinarité, amène l'intervenant à s'impliquer dans son développement personnel et professionnel ainsi que dans les activités sociales de l'organisation.

Respect

Cette valeur recherchée et universelle dicte, à tout intervenant, un état d'esprit d'ouverture, d'accueil et de compréhension au regard de plusieurs facettes de la vie organisationnelle. C'est le cas notamment en ce qui a trait aux nombreuses différences qui caractérisent notre milieu de travail. Différents types de clientèles, différentes catégories de professionnels avec des champs d'intervention à la fois distincts, complémentaires voire communs, différents intérêts professionnels dépendamment de la portion de la structure à laquelle nous appartenons font du respect une vertu qui nécessite un effort constant de volonté si essentiel à l'harmonisation du milieu.

Caractéristiques de la population du territoire

L'organisation des services de santé et des services sociaux s'inscrit dans un contexte populationnel particulier. Les conditions sociodémographiques et socioéconomiques qui caractérisent la population de notre territoire influencent fortement sa santé et son bien-être et, par conséquent, modulent des attentes et des besoins particuliers en matière de services de santé et services sociaux.

Taux d'accroissement faible de la population du territoire

Entre 2006 et 2016, la population du territoire du CSSSAM-N connaîtra une croissance plus faible qu'à Montréal ayant pour conséquence une diminution de son poids par rapport à l'ensemble de la population de Montréal, soit une diminution passant de 8,8 % en 2006 à 8,5 % en 2016.

Évolution de la population totale en nombre selon les territoires, 2006 à 2016				
Territoire /année	2006	2011	2016	Taux d'accroissement (%) 2006 à 2016
Île de Montréal	1 873 589	1 925 476	1 979 241	+ 5,6
CSSSAM-N	164 159	165 667	168 800	+ 2,8
Montréal-Nord	85 200	85 084	86 484	+ 1,5
Ahuntsic	78 959	80 583	82 316	+ 4,3

Source : Institut de la statistique du Québec (décembre 2009). Projections démographiques 2006 à 2031.

Taux d'accroissement qui varie selon les groupes d'âge

Quand on apprécie l'accroissement de la population par groupes d'âge on observe, tout comme à Montréal, une diminution de la proportion de jeunes âgés entre 0 et 17 ans entre 2006 et 2016 pour totaliser quand même 32 000 jeunes en 2016 sur le territoire du CSSSAM-N. Le phénomène est également similaire relativement à la population adulte de 18 à 64 ans, pour un total de près de 106 000 personnes en 2016. En revanche, les aînés de 65 ans et plus connaîtront une croissance soutenue durant cette période. On dénombrera plus de 31 000 aînés en 2016 vivant en ménage privé.

Hausse constante du nombre de naissances

L'accroissement démographique est le résultat de trois phénomènes concomitants : les décès, la solde migratoire et les naissances. Or, sur ce dernier point, après un déclin entre 1996 et 2001, on observe une augmentation constante du nombre de naissances de telle sorte que la hausse du nombre moyen annuel de naissances entre la période 2001-2003 et 2007-2009 est de 8,1 % au CSSSAM-N, soit 5,0 % à Montréal-Nord et 11,9 % à Ahuntsic. Aussi, pour la période 2007-2009, on dénombre une moyenne annuelle de 2 164 naissances au CSSSAM-N, ce qui crée une pression accrue sur les services en périnatalité.

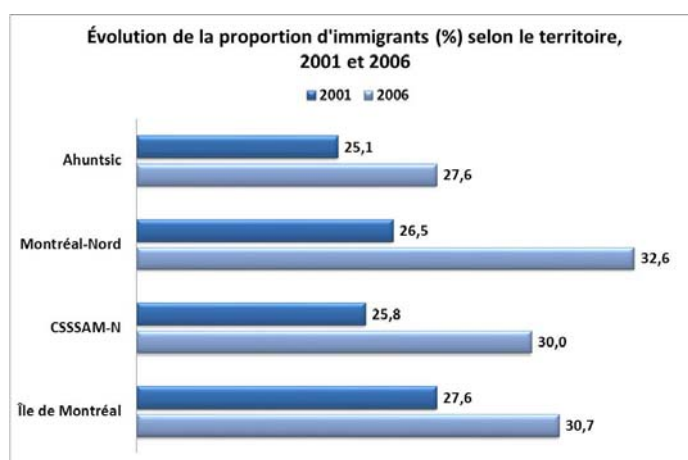
Nombre de naissances sur le territoire du CSSSAM-N, selon le secteur de CLSC, le voisinage et l'année, 2007 à 2010 (données provisoires)

Territoire / année	2007	2008	2009	2010	Moyenne 2007-2010
Montréal-Nord	1 153	1 143	1 193	1 298	1 197 (+ 12,6 %)
Ahuntsic	949	996	1 021	1 046	1 003 (+ 10,2 %)
CSSSAM-N	2 102	2 139	2 214	2 344	2 200 (+ 11,5 %)

Source : Fichiers Avis des naissances (ADN) : Traitement par le CSSSAM-N, 2007 à 2010.

Immigration sur le territoire du CSSSAM-N : croissance et diversité des origines

La migration constitue un phénomène démographique qui influence en bonne partie le taux d'accroissement de la population et qui contribue certainement à sa richesse. Or, entre 2001 et 2006, la proportion d'immigrants a augmenté partout. À l'échelle du territoire du CSSSAM-N, la proportion de nouveaux immigrants est passée de 25,8 % en 2001 à 30,0 % en 2006, soit de 40 915 à 47 940 immigrants entre ces deux périodes. Les cinq principaux lieux de naissance de ces immigrants étaient, en 2006, Haïti, l'Italie, lesquels sont suivis de trois pays arabes soit l'Algérie, le Maroc et le Liban.



Modalités de vie : hausse de la proportion de personnes en situation de vulnérabilité

Les modalités de vie font référence au type de ménage ou de famille dans lequel vivent les gens. Les personnes vivant seules et les familles monoparentales font partie des groupes dont les modalités de vie peuvent les rendre plus vulnérables, particulièrement lors d'adversités où l'aide et l'entraide peuvent être particulièrement nécessaires. Dans le premier cas, avec le vieillissement de la population notamment, on observe une proportion supérieure de personnes vivant seules sur le territoire du CSSSAM-N, comparativement à ce qui prévaut sur l'île de Montréal. Enfin, l'évolution du nombre et de la proportion de personnes vivant seules entre 2001 et 2006 révèle une augmentation dans tous les territoires de comparaison.

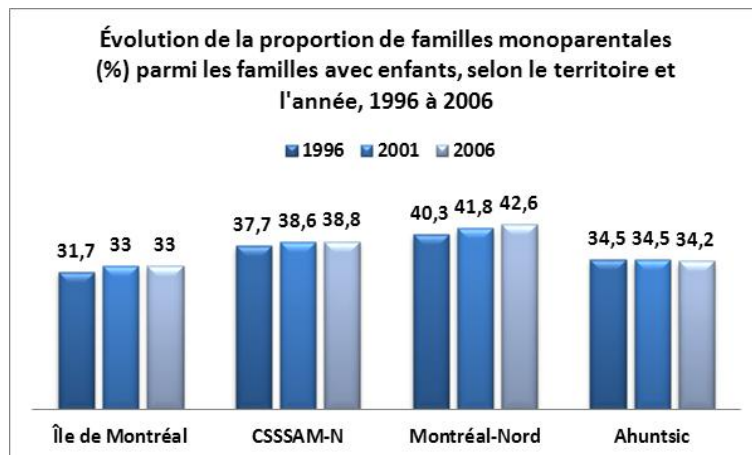
Répartition de la population vivant seule (% et N) parmi la population dans les ménages et le territoire, 2001 à 2006

Territoires	2001 % Nombre	2006 % Nombre
Île de Montréal	17,1 303 275	17,5 317 350
CSSSAM-N	18,1 28 625	18,6 29 410
Montréal-Nord	15,8 13 055	16,1 13 285
Ahuntsic	18,0 15 570	21,3 16 125

Concernant les familles monoparentales, l'évolution de leurs proportions depuis 1996 suit une tendance à la hausse.

Les proportions sur le territoire du CSSSAM-N sont toutes plus élevées qu'à Montréal depuis 1991.

Ainsi, en 2006, on dénombre près de 27 000 familles monoparentales sur notre territoire.



Trois personnes sur dix n'ont pas de diplôme

La vulnérabilité des personnes peut aussi être influencée par le niveau de scolarité. Sur le territoire du CSSSAM-N en 2006, la proportion de personnes de 15 ans et plus sans diplôme est supérieure à ce qui prévaut à l'échelle de Montréal.

Un faible niveau de scolarité va de pair habituellement avec chômage et faible revenus et c'est ce qui est mis en relief avec le tableau ci-dessous.

Effectivement, comparativement à ce qui prévaut à l'échelle de Montréal, le taux d'emploi et le revenu moyen après impôt sont proportionnellement moins élevés sur le territoire du CSSSAM-N en 2006.

Répartition (% et N) de la population de 15 ans et plus sans diplôme, selon le territoire, 2006

Territoires	% Nombre
Île de Montréal	21,5 330 150
CSSSAM-N	28,2 37 410
Montréal-Nord	35,4 23 980
Ahuntsic	20,7 13 420

En revanche, le taux de chômage et la proportion de la population vivant sous le seuil du faible revenu y sont supérieurs.

Répartition (% et N) des taux d'emploi et de chômage, du seuil du faible revenu et du revenu moyen chez la population de 15 ans ou plus, selon le territoire, 2006

Territoires	Taux d'emploi	Taux de chômage	Seuil du faible revenu après impôt	Revenu moyen après impôt (\$)
Île de Montréal	58,0 892 735	8,8 86 055	22,8 413 875	26 793 \$
CSSSAM-N	53,0 70 325	10,5 8 285	25,4 40 135	23 327 \$
Montréal-Nord	48,4 32 835	12,5 4 695	29,0 23 900	20 301 \$
Ahuntsic	57,7 37 490	8,8 3 595	21,4 16 180	26 436 \$

Bref, c'est dans ce contexte populationnel que nous avons réalisé l'ensemble des actions et interventions en faveur de la santé et du bien-être de la population, qu'elles soient préventives, curatives ou de soins de fin de vie.

Indicateurs généraux de santé

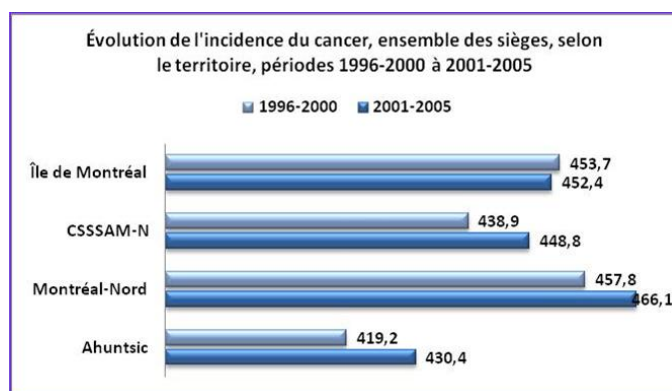
Espérance de vie : les femmes vivent en moyenne plus longtemps que les hommes

L'espérance de vie est un bon indicateur de l'état de santé d'une population. L'espérance de vie à la naissance, à 65 ans ou en bonne santé est toujours supérieure du côté des femmes comparativement aux hommes, et ce, nonobstant le territoire de comparaison. En comparant les territoires entre eux, on observe que, hormis l'espérance de vie à 65 ans chez les hommes, l'espérance de vie à la naissance et en bonne santé est inférieure à Montréal-Nord comparativement aux autres territoires. Par ailleurs, pour tous les indicateurs d'espérance de vie, Montréal obtient une longévité plus grande comparativement à ce qui est observé tant à l'échelle du CSSSAM-N, qu'à Montréal-Nord ou à Ahuntsic, suggérant une longévité moindre de la population que nous desservons comparativement à l'ensemble des personnes vivant sur l'île de Montréal.

État de santé globale, selon le sexe et le territoire, périodes 2001 et 2001-2005					
Sexe	Période	Île de Montréal	CSSSAM-N	Montréal-Nord	Ahuntsic
Espérance de vie à la naissance (en années)					
Hommes	2001-2005	77,3	76,6	76,3	76,8
Femmes	2001-2005	82,5	81,6	80,9	82,4
Espérance de vie à 65 ans (en années)					
Hommes	2001-2005	17,2	16,9	16,9	16,8
Femmes	2001-2005	20,9	20,4	20,3	20,6
Espérance de vie en bonne santé (en années)					
Hommes	2001	65,5	64,7	63,5	66
Femmes	2001	67,3	66,9	65,4	68,5

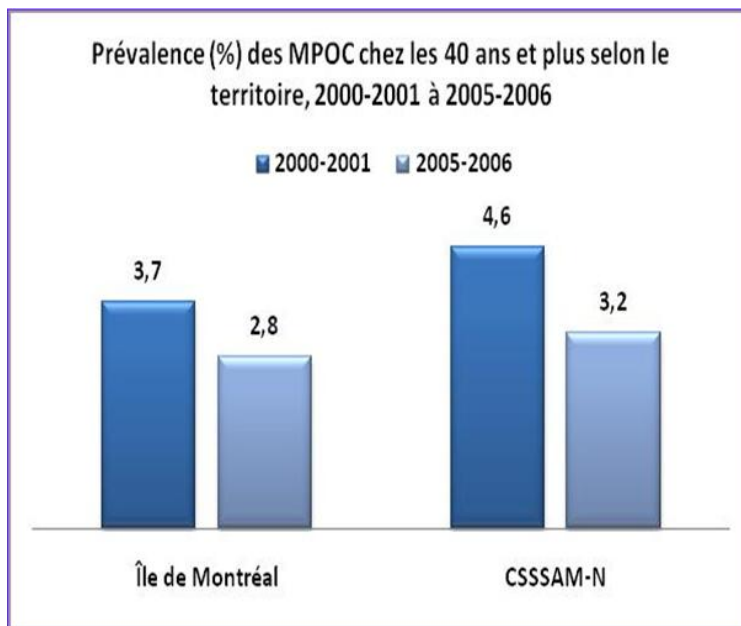
Incidence du cancer : une situation relativement comparable à celle de l'île de Montréal

Le taux d'incidence du cancer en 2001-2005 (tous sièges confondus) est relativement comparable entre Montréal et le CSSSAM-N. Il est cependant supérieur à Montréal-Nord comparativement à Ahuntsic.



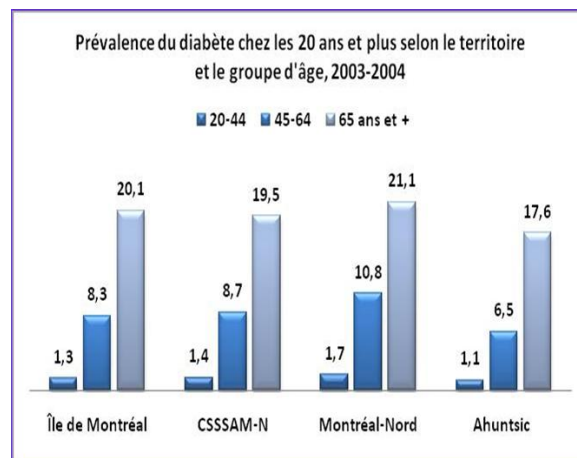
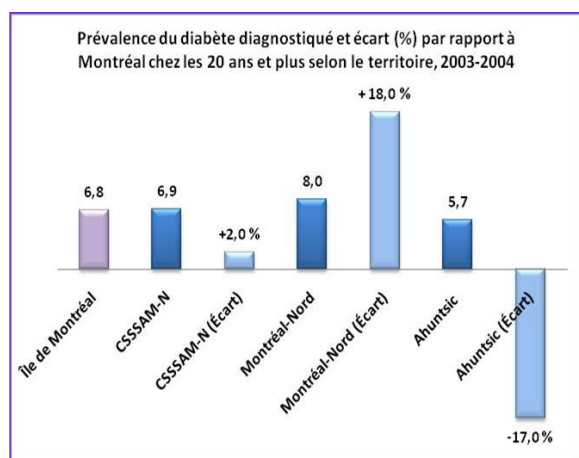
Maladies chroniques : grande clientèle âgée ayant une maladie pulmonaire obstructive chronique

La prévalence des personnes aux prises avec une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est plus élevée au CSSSAM-N qu'à Montréal. Par ailleurs, ce sont les personnes âgées de 75 ans et plus qui sont proportionnellement les plus touchées. La morbidité est élevée dans la majorité des cas. Enfin, la proportion des personnes aux prises avec une MPOC augmente avec la défavorisation matérielle.



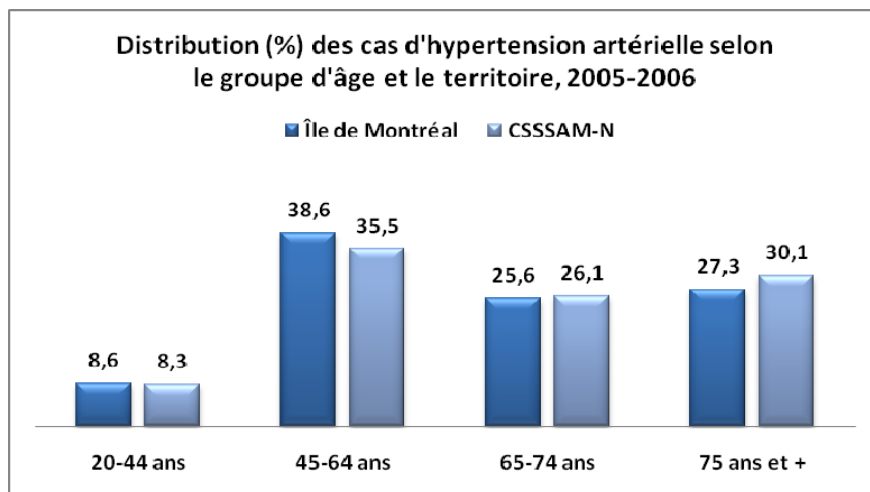
Maladies chroniques : la prévalence du diabète varie selon le territoire et l'âge

La prévalence du diabète en 2003-2004 chez les personnes de 20 ans et plus est de 6,9 % au CSSSAM-N, qui se classe au 7^e rang parmi les 12 territoires de CSSS de Montréal. Montréal-Nord obtient une prévalence de 8,0 % et Ahuntsic de 5,7 %. Sur le territoire du CSSSAM-N, la prévalence est au moins deux fois plus élevée chez les 65 ans et plus (19,5 %), comparativement aux 20-64 ans ((moins de 10 %), et ce, pour tous les territoires de comparaison. Par ailleurs, Montréal-Nord présente les prévalences les plus élevées, et ce, pour tous les groupes d'âge, alors que c'est l'opposé qui prévaut à Ahuntsic.



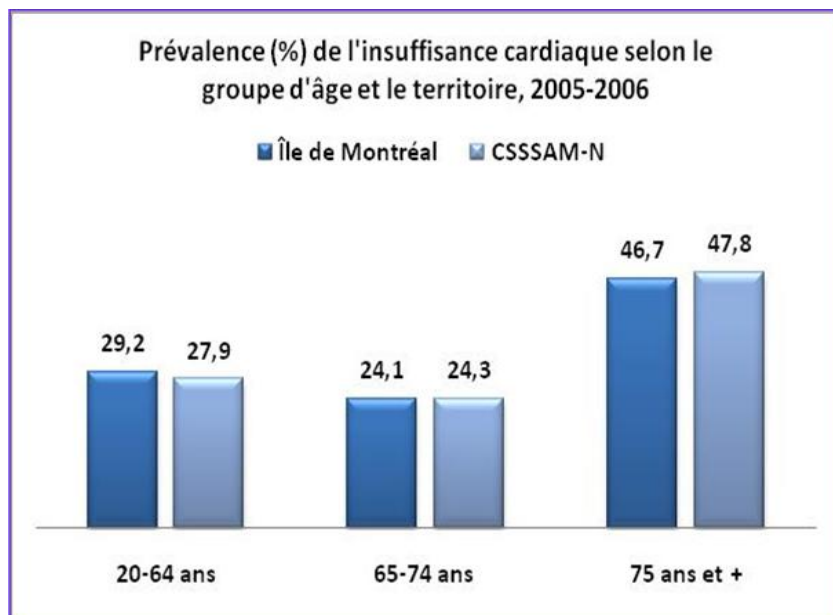
Maladies chroniques : une population hypertendue

La prévalence de l'hypertension artérielle est plus élevée sur le territoire du CSSSAM-N comparativement à ce qui prévaut à Montréal. Par ailleurs, ce sont les personnes âgées de 45-64 ans qui sont proportionnellement les plus touchées. La morbidité est modérée dans la majorité des cas. Enfin, la proportion de personnes aux prises avec l'hypertension artérielle augmente avec la défavorisation matérielle.



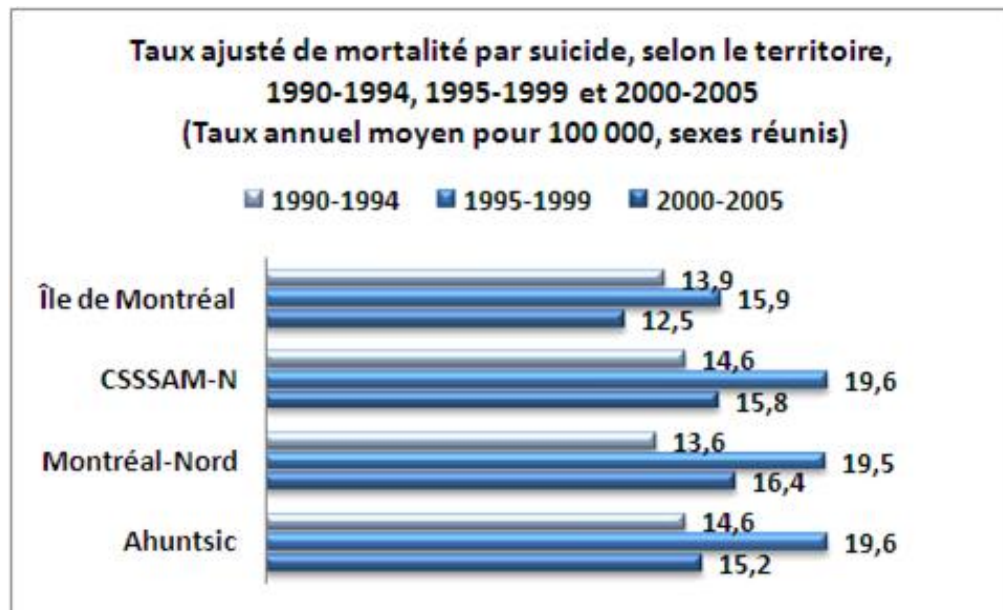
Maladies chroniques : insuffisance cardiaque, un phénomène en baisse mais toujours plus important qu'à Montréal

La prévalence de l'insuffisance cardiaque est plus élevée sur le territoire du CSSSAM-N qu'à Montréal. Par ailleurs, ce sont les personnes de 75 ans et plus qui sont proportionnellement les plus touchées. La morbidité est élevée dans la majorité des cas. Enfin, la proportion de personnes aux prises avec une insuffisance cardiaque augmente avec la défavorisation matérielle.



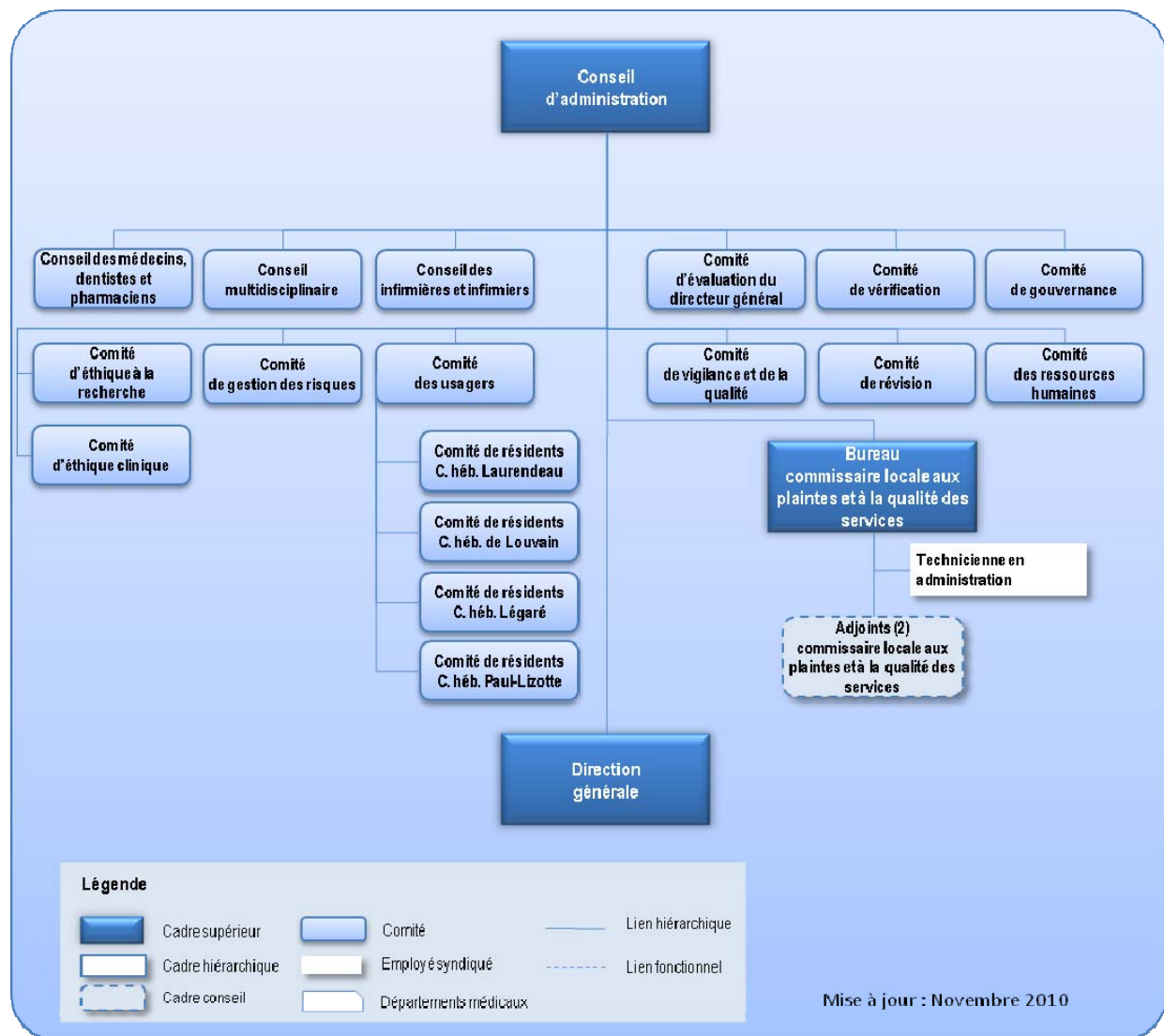
Des taux de suicide toujours trop élevés

Le taux ajusté de mortalité par suicide pour la période 2000-2005 est plus élevé au CSSSAM-N que ce qui prévaut sur l'île de Montréal. Cette valeur est plus grande à Montréal-Nord qu'à Ahuntsic. Par ailleurs, la proportion de personnes de 15 ans et plus parmi la population totale ayant eu des idées suicidaires sérieuses au cours de leur vie en 2005 est d'environ 11 % au CSSSAM-N, ce qui représente environ 15 000 personnes. Malgré une baisse constante depuis le début de l'an 2000, le taux de suicide demeure plus élevé que ce qui prévaut à Montréal.



Structure organisationnelle

Conseil d'administration



Nous présentons ci-dessus l'organigramme du conseil d'administration. Les organigrammes de chacune des directions ainsi que les faits saillants sont présentés dans les pages suivantes.

À la section « Conseil d'administration et ses comités », on retrouve la liste des membres du conseil d'administration ainsi que la liste de ses comités et des membres qui les composent.

Structure organisationnelle

Le conseil d'administration est formé de citoyens engagés dans leur milieu, de gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux et de cliniciens. Il voit aux destinées de l'établissement, il en administre les affaires et exerce les pouvoirs et fonctions qui lui sont dévolus par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

La Direction générale, sous l'autorité du conseil d'administration, est responsable de l'administration et du fonctionnement de l'établissement. Elle veille à l'exécution des décisions du conseil d'administration et coordonne, entre autres, le processus de planification stratégique. Elle est secondée par une Direction générale adjointe qui voit à la coordination des activités tactiques avec les différents directorats et des secteurs des communications, de la qualité, de l'enseignement et de l'éthique.

On dénombre cinq directions cliniques et quatre directions de soutien.

Planification stratégique 2010-2013

Planification stratégique 2010-2013

Au cours de l'année, les travaux en regard de la planification stratégique amorcés durant l'exercice 2009-2010 se sont poursuivis. Le choix des axes stratégiques et des orientations s'est fait en tenant compte de notre réalité locale, mais aussi en fonction des choix ministériels et de l'Agence, dans leur planification stratégique respective. Nous jugions important d'assurer une cohérence d'enjeux entre tous les paliers décisionnels du réseau de la santé et des services sociaux pour qu'ensemble nous puissions voir à l'amélioration concertée de nos problématiques.

Une première version de la planification stratégique 2010-2013 du CSSSAM-N a été produite en juin 2010, laquelle a fait l'objet de consultations et de commentaires par divers groupes et instances officielles durant l'été.

La démarche de planification stratégique

Le conseil d'administration a identifié cinq volets à sa planification stratégique, lesquels ont généré autant de chantiers de travail dont le leadership a été assuré par la Direction générale. Ces cinq volets, ciblés par le conseil d'administration, ont produit des rapports dont la Direction générale s'est inspirée pour préparer un amalgame cohérent d'enjeux organisationnels intégrant les réalités locales aux enjeux régionaux et nationaux de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et du ministère de la Santé et des Services sociaux. Tous les travaux de la dernière année des divers chantiers de réflexion résultent en une synthèse de 29 objectifs stratégiques définis et regroupés sous cinq grands axes et orientations qui s'inscrivent en continuation avec la toile de fond de la création des CSSS, soit l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services à la clientèle.

Dans le choix de ses axes, le CSSSAM-N désire clairement démontrer aux parties prenantes les grands volets de développement de l'organisation pour les prochaines années. Ainsi, pour chaque axe, une orientation, des objectifs et des actions sont définis. Ces actions sont priorisées sur trois ans et des indicateurs de résultats sont inscrits.

Axe 1 : Les personnes

- Disposer de la main-d'œuvre requise
- Mobiliser et reconnaître le personnel
- Optimiser la gestion quotidienne des personnes

Axe 2 : Les services médicaux de première et deuxième lignes

- Consolider l'accès de la population d'Ahuntsic et de Montréal-Nord à des services de proximité (prise en charge et suivi) en omnipratique
- Améliorer la prise en charge et le suivi médical des clientèles vulnérables résidentes du territoire
- Consolider l'accès à des services spécialisés thérapeutiques et diagnostiques

Axe 3 : Les programmes-services

- Favoriser l'intégration des divers programmes du CSSS
- Déployer et renforcer l'offre des services généraux
- Déployer et renforcer l'offre de service en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement

- Améliorer le cheminement des patients dans la trajectoire des soins hospitaliers
- Améliorer le suivi multidisciplinaire des clientèles vulnérables particulièrement celles atteintes de maladies chroniques et de cancer
- Déployer et renforcer l'offre de service Jeunes en difficulté
- Déployer et renforcer l'offre de service en Dépendances
- Déployer et renforcer l'offre de service en Santé mentale
- Adapter l'offre de service de nos installations d'hébergement
- Développer le réseau de services intégrés pour les personnes âgées
- Adapter l'offre de logements résidentiels au Centre d'hébergement de Louvain selon les besoins de notre population âgée ou handicapée physique

Axe 4 : La responsabilité sociétale

- Favoriser la santé et le bien-être de la population en contribuant au développement social et économique des communautés
- Prendre en compte le développement durable dans la gestion de nos activités
- Favoriser le développement de structures d'hébergement adaptées aux diverses clientèles vulnérables
- Développer et renforcer les liaisons formelles avec nos divers partenaires
- Animer le projet clinique en concertation avec les acteurs du territoire pour la résolution de problématiques sociales et de santé

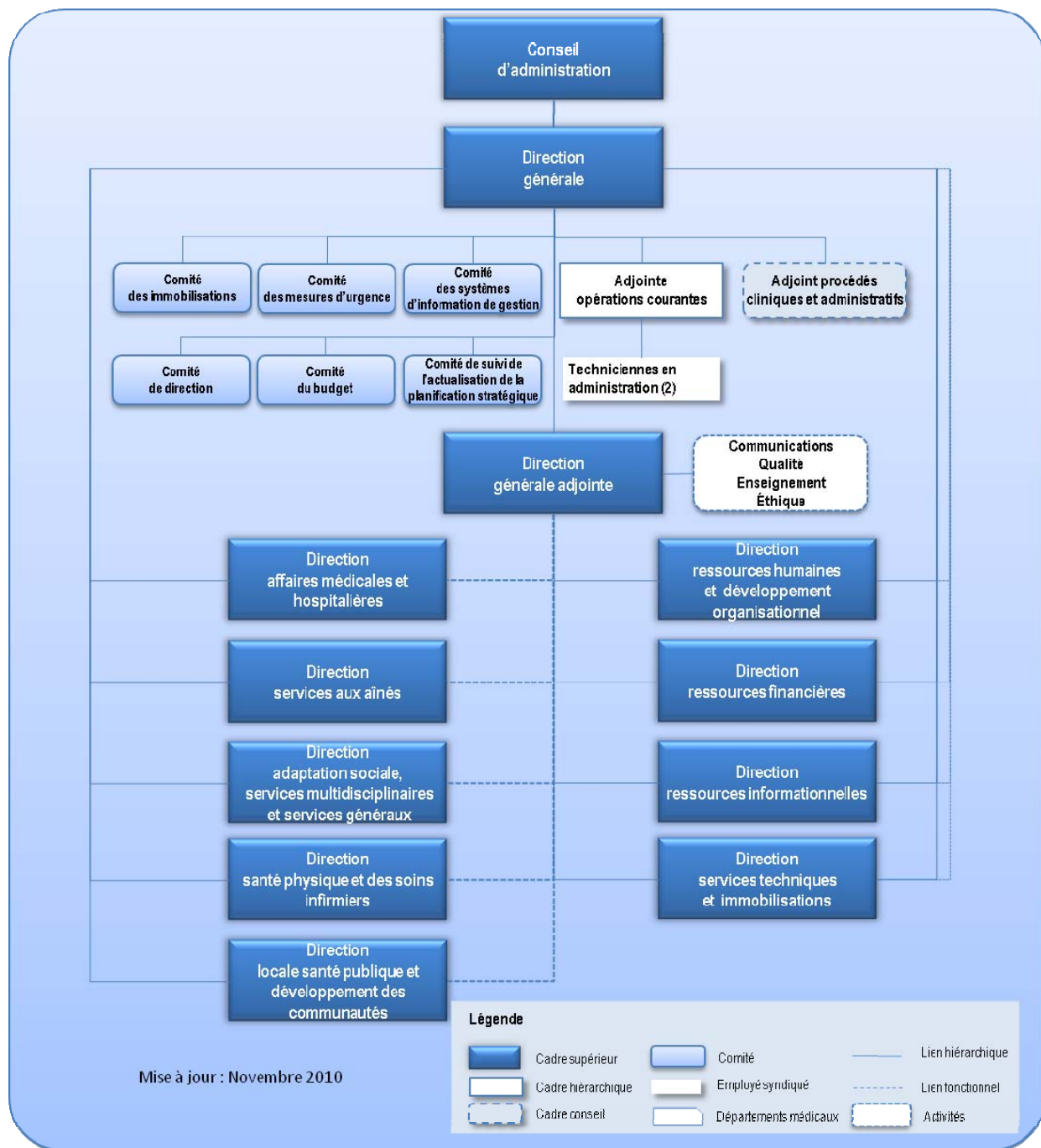
Axe 5 : La qualité des services et la performance

- Favoriser et actualiser une culture d'amélioration continue de la qualité
- Diversifier et développer nos stratégies afin d'assurer la circulation optimale de l'information
- Élaborer un plan d'organisation et doter l'établissement de processus de gestion conformes à sa mission, sa vision et ses valeurs
- Fournir un environnement sécuritaire et fonctionnel pour la clientèle et le personnel
- Optimiser l'utilisation des ressources informationnelles
- Viser les plus hauts standards de performance clinique et administrative dans l'établissement

À l'automne 2010, le conseil d'administration a adopté la planification stratégique 2010-2013 du CSSSAM-N. La diffusion s'est faite par après au moyen de divers médias. L'envoi du document intégral de planification stratégique 2010-2013 à nos différents partenaires de notre réseau local de services se fera dans le courant de l'année 2011 sur support CD en format WEB accessible à l'aide d'un navigateur Internet. L'utilisation de ce médium de diffusion est conséquente avec la volonté de l'organisation de réduire son empreinte environnementale et de favoriser le développement durable : un geste concret pour notre environnement !

Organigramme et faits saillants de l'année

Direction générale



• Plan d'organisation

En vertu de l'article 183 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, « *Tout établissement doit préparer un plan d'organisation administratif, professionnel et scientifique. Ce plan décrit les structures administratives de l'établissement, ses directions, services et départements ainsi que les programmes cliniques.* »

Plusieurs autres éléments composent le plan d'organisation : la mission, les valeurs, la philosophie de gestion, les orientations nationales, régionales et locales, la vision ainsi que les besoins et attentes de la population de son territoire en matière de santé et de services sociaux.

Les travaux sur le plan d'organisation ont nécessité la collaboration et l'implication de nombreuses personnes tout au long de l'année 2010 tant pour la révision que pour l'actuation de la description des structures administratives, des programmes et services. Plusieurs séances de travail ont eu lieu avec l'équipe de direction, les gestionnaires et un comité du conseil d'administration. Une vaste consultation auprès des instances professionnelles de l'établissement, de l'Association locale des gestionnaires et des syndicats locaux, de la table des chefs des départements médicaux, des gestionnaires et des directeurs a été réalisée en octobre 2010 et a permis de recueillir un grand nombre de commentaires dont la version finale du plan d'organisation a tenu compte.

Le 30 novembre 2010, les membres du conseil d'administration ont adopté à l'unanimité le plan d'organisation du CSSS d'Achutes et Montréal-Nord

La Direction générale a débuté en janvier 2011 une tournée des installations pour le présenter au personnel. L'intégralité de ce document se retrouve sur l'intranet.

• Unification de la garde administrative et de la garde des mesures d'urgence

La garde des mesures d'urgence s'est fusionnée à la garde des directeurs en janvier 2011. Cette garde unifiée peut maintenant accéder à une valise de garde électronique via un portable léger sans fil. La valise comprend quantités de protocoles et d'informations pour aider un directeur qui rencontrerait une situation problématique durant sa garde. Les travaux se poursuivront l'an prochain afin de rapatrier aussi la garde actuelle des centres d'hébergement.

• Gestion universelle des rendez-vous

L'implantation du logiciel *e-Rendez-vous* a démarré par un premier volet aux cliniques externes de l'Hôpital Fleury en septembre 2010. Le logiciel *e-Rendez-vous* est un module de notre index-patient-maître *e-Clinibase* et vise à remplacer les divers modules de rendez-vous utilisés dans le CSSS par un seul, celui-ci universel. Les travaux se poursuivront en 2011-2012 pour inclure les secteurs cliniques non encore intégrés au logiciel à l'Hôpital Fleury et surtout les divers programmes en CLSC.

• Structures d'accueil des demandes de services

La direction générale a démarré durant l'année des travaux visant à améliorer les arrimages entre nos diverses structures d'accueil des demandes de services. La fluidité du cheminement des demandes est parfois problématique et les processus doivent être clarifiés entre les accueils et les guichets des programmes spécifiques. Une vigilance particulière sera présente pour s'assurer d'une reddition de comptes conforme aux désirs ministériels.

- **Plan directeur immobilier**

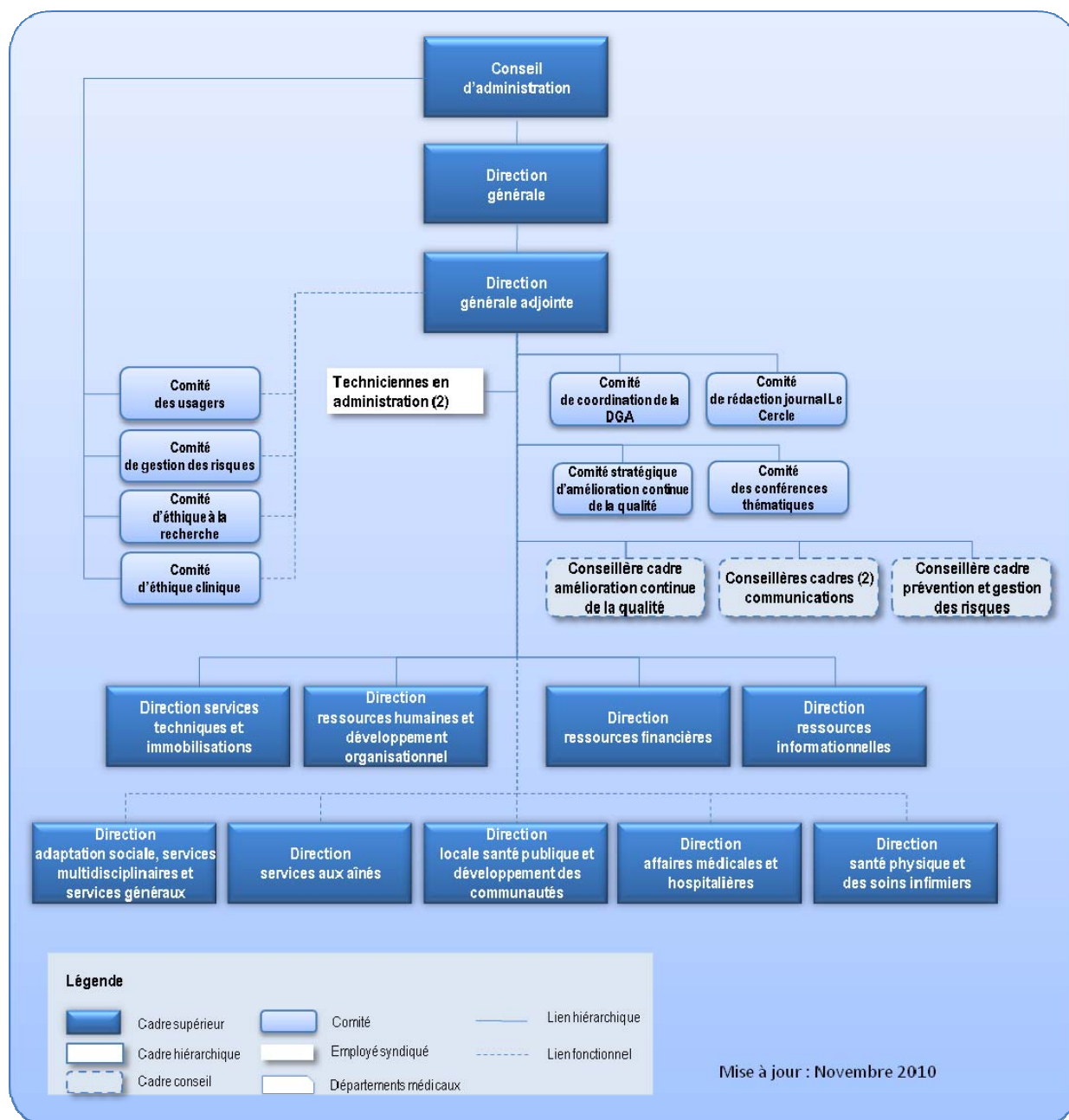
La Direction générale a participé à la démarche de dépôt du plan directeur immobilier (dossier de la Direction des services techniques et des immobilisations) à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal en rédigeant un document de programmation clinique 2010-2020. De plus, elle fait les suivis nécessaires auprès des instances afin d'assurer son actualisation au cours des prochaines années.

- **Tableau de bord stratégique du conseil d'administration**

La Direction générale a coordonné la démarche de révision du tableau de bord stratégique du conseil d'administration. Le nouvel outil, plus convivial, intègre les différentes obligations réglementaires et répond aux préoccupations du conseil d'administration.

Organigramme et faits saillants de l'année

Direction générale adjointe (DGA)



COMMUNICATIONS

D'année en année, les communications prennent de l'ampleur. Elles contribuent à appuyer l'évolution de la culture de notre organisation et à promouvoir les différents dossiers et comités en place. Les communications internes gagnent en importance car il est essentiel que les personnes qui oeuvrent pour le CSSSAM-N soient mieux informées sur les grands dossiers ou projets organisationnels afin, entre autres, de permettre leur connaissance et leur compréhension des décisions et des orientations prises par la direction, d'améliorer leur sentiment d'appartenance à l'organisation, de favoriser de meilleures relations entre les services, etc. Les communications externes, grand public, sont toutes aussi importantes.

Ainsi, le secteur des communications consiste à fournir une information précise et pertinente à l'ensemble de ses publics, internes et externes, ainsi qu'à ses partenaires actuels et potentiels dans le but de supporter le CSSS dans la réalisation de sa mission et de permettre son rayonnement. Il apporte également conseils et soutien à ses clients internes dans leurs projets de communication. Ses activités se regroupent sous trois grands thèmes : l'information, la promotion institutionnelle et les relations avec la presse et événements spéciaux.

▪ Information

Parmi les principaux outils d'information déployés à l'interne, et parfois aussi à l'externe, on retrouve :

- Le journal interne, *le Cercle*
- La gestion de nouvelles et d'événements sur l'intranet du CSSSAM-N
- La diffusion de communiqués d'intérêt général ou de communiqués spéciaux
- L'affichage sur les babillards
- L'affichage télévisuel
- La production de documents ou de présentations internes
- La production de bulletin d'information
- L'envoi de courriels ciblés par le biais de Lotus Notes

Soulignons :

- La collaboration et l'assiduité de nombreux intervenants à la rédaction d'articles à paraître dans le journal interne *Le Cercle*
- L'augmentation de l'affichage sur l'intranet et la collaboration des contributeurs dans l'ensemble des directions et services pour alimenter le site
- L'organisation et le support logistique aux différents événements organisés par les directions, notamment les fêtes de la rentrée, Le Party, les rencontres des gestionnaires, etc.
- L'affichage télévisuel dans les salles d'attente à l'Hôpital Fleury et dans les deux CLSC a pris un réel essor et propose de nombreuses informations notamment en matière de santé publique : saine alimentation, activité physique, hygiène, prévention des infections, etc.

▪ Promotion institutionnelle

Parmi les principaux outils d'information s'adressant aux publics externes mais aussi aux publics internes, on retrouve :

- Le site Internet du CSSSAM-N (www.csssamn.ca)
- La gestion et la promotion de l'image de marque du CSSSAM-N
- Le support et l'organisation logistique de campagnes d'information, de sensibilisation, de prévention
- La coordination des placements médias
- La documentation institutionnelle : rapport annuel, dépliants sur les services/programmes, etc.
- L'affichage télévisuel : services et programmes, campagnes de vaccination, etc.
- La réalisation de bannières, de stands d'information et d'objets promotionnels institutionnels

Soulignons :

- L'utilisation de plus en plus grande du site Internet pour rejoindre les publics externes et la consultation par ces publics pour avoir accès rapidement à l'information recherchée; ce site comporte une multitude de renseignements sur nos services et sa mise à jour est faite sur une base régulière
- Nouvelle utilisation de l'Internet pour obtenir des informations de certains publics grâce à des questionnaires en ligne, notamment en matière de recrutement du personnel clinique
- La production de nombreux documents (affiches, feuillets d'information, etc.) en regard des différents programmes/services offerts à la clientèle
- La création de contenus et leur mise en ligne par le biais de téléviseurs installés dans les salles d'attente de nos deux CLSC et de l'hôpital afin de rejoindre davantage la population

▪ **Relations avec la presse et événements spéciaux**

- La diffusion de nouvelles institutionnelles auprès des médias
- Les conseils en stratégies de communication auprès des médias
- L'organisation d'événements (tels conférences de presse, inauguration, signatures de protocoles, etc.)
- Les communications en gestion de crise
- La gestion des nouvelles et des événements sur le site internet du CSSSAM-N
- Le soutien aux directions pour la gestion des affaires publiques

Soulignons :

- La réponse de demandes des journalistes que ce soit sur la qualité des soins et services, les listes d'attente, les insatisfactions de la clientèle, etc.
- L'organisation et la tenue de conférences de presse, notamment celle entourant l'annonce de l'accréditation de deux nouveaux groupes de médecine de famille (GMF) sur le territoire, soit le GMF Ahuntsic et le GMF Déry et Ste-Colette
- La visite du ministre de la Santé et des Services sociaux, le Dr Yves Bolduc, dans le cadre de sa tournée des établissements de santé

QUALITÉ DES SOINS ET SERVICES

• Agrément

Un dernier rapport a été déposé à Agrément Canada en suivi de la visite de mai 2008. Des preuves ont été déposées dans les secteurs suivants : soins à domicile, hébergement, santé physique et gestion des médicaments. Dans le rapport de suivi reçu à la fin novembre 2010, Agrément Canada félicite la direction et le personnel pour leur engagement à l'égard de l'amélioration continue de la qualité et de la prestation de services de santé sécuritaire. En effet, les travaux effectués démontrent une importante amélioration de notre taux de conformité aux normes depuis la visite initiale de mai 2008.

Plusieurs activités ont eu lieu en préparation de la visite d'agrément qui se déroulera au mois de mai 2011. Au mois de septembre 2010, les dix-neuf équipes ont repris leurs travaux. Parmi les mandats de ces équipes, soulignons l'analyse et la validation des résultats des différentes évaluations, la mise à jour des plans d'amélioration continue de la qualité et la promotion de la culture de sécurité dans leur secteur d'activité spécifique. Plus de 130 personnes sont impliquées dans ces équipes.

En octobre 2010, les équipes d'amélioration continue de la qualité ont procédé à leur autoévaluation, et ce, simultanément à l'évaluation de la culture de sécurité envers les usagers. Tous les employés offrant des services à la clientèle ont été impliqués dans cette activité.

De novembre 2010 à mars 2011, les équipes ont préparé et déposé leurs plans d'amélioration, priorisant les 35 pratiques organisationnelles requises (POR) auxquelles doit répondre notre établissement. Au total, le CSSSAM-N doit répondre à 1 970 critères de qualité.

• Satisfaction de la clientèle

Au cours de l'année 2010-2011 nous avons commencé à préparer la deuxième visite d'agrément. Dans le cadre de cette démarche, nous avons procédé aux sondages requis auprès des utilisateurs de nos services. Ces sondages ont été réalisés par le Conseil québécois d'agrément. Les résultats globaux de notre établissement ont été comparés à ceux de 12 autres CSSS, tant urbains que ruraux de diverses régions du Québec et ayant les caractéristiques suivantes : 1 000 employés et plus, volets communautaire, hospitalier et hébergement.

Du 15 juin au 4 juillet 2010, un premier sondage a été réalisé dans nos quatre centres d'hébergement auprès des résidents (60 personnes) et de leurs proches (185 personnes). Ce sondage a été réalisé par entrevues avec un évaluateur externe à l'établissement. La cote moyenne de satisfaction de chaque indicateur varie entre 78,40 et 80,80. Nos résultats sont comparables à ceux des autres établissements.

Un deuxième sondage a été réalisé auprès de la clientèle des CLSC et de l'Hôpital Fleury. Cette enquête a été faite par téléphone au courant de l'automne 2010 auprès de 652 personnes, choisies de façon aléatoire parmi les usagers ayant utilisé nos services au cours de la dernière année. Pour ce sondage, la moyenne des indicateurs varie entre 81,85 et 86,80. Nos résultats sont également comparables à ceux des autres établissements.

• Qualité

La qualité étant un dossier hautement stratégique et, par le fait même, dans le cadre de la planification stratégique 2010-2013, il est prévu de nous doter d'un plan directeur de la qualité. En janvier 2010, les travaux en ce sens ont commencé. Le comité de travail est composé de neuf intervenants de notre organisation reconnus pour leur expertise dans le cadre de travaux antérieurs sur l'amélioration continue de la qualité et pour leur mandat dans le développement de la qualité au sein de notre organisation. Le mandat du comité est :

- D'identifier les meilleures pratiques en gestion de la qualité
- De développer la recherche documentaire initiale
- D'entériner le modèle conceptuel retenu
- De définir la stratégie organisationnelle pour le développement d'une culture de qualité
- De proposer une structure de fonctionnement

Il est prévu que le cadre de référence soit déposé pour adoption par le conseil d'administration au mois de septembre 2011.

GESTION DES RISQUES

• Sécurité des soins et services

Les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration des incidents et accidents au cours de l'année ont été les suivantes :

- Sensibilisation à l'importance de déclarer les incidents et accidents auprès de tout le nouveau personnel lors de la journée d'accueil

- Production de bilans trimestriels sur les activités de gestion des risques dont les statistiques sur les déclarations d'incidents et accidents
- Indicateurs de gestion des risques dont le nombre de déclarations d'incidents et accidents fournis au tableau de bord du conseil d'administration
- Publication d'un article sur les activités de gestion des risques reliées à la sécurité des soins et services dans le journal *Le Cercle* incluant des tableaux sur le nombre de déclaration d'incidents et accidents pour l'ensemble du CSSSAM-N
- Tenue de deux journées de formation à tout le personnel d'encadrement sur le thème de la culture de sécurité : « La sécurité j'en fais mon affaire »
- Production d'un calendrier sur la culture de sécurité avec des thèmes mensuels sur la prévention des infections, la confidentialité, l'administration sécuritaire des médicaments, la sécurité transfusionnelle, etc. Des outils sont proposés selon chaque thème et sont diffusés par les gestionnaires ou sur intranet.

Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art.118.1)

- Le formulaire « Registre de contentions » n'est pas complété par toutes les unités de l'hôpital et de certains centres d'hébergement. Nous n'avons donc pas toutes les données nous permettant de faire des constats précis. Cependant, il est clair que dans la dernière année, tous les efforts ont été engagés pour diminuer le recours aux mesures de contrôle et augmenter l'utilisation de mesures alternatives, et ce, principalement dans nos centres d'hébergement.

• Comité de gestion des risques

Les principales fonctions du comité de gestion des risques sont de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens d'assurer la sécurité des usagers (article 183.2). Les différentes stratégies utilisées visent à :

- identifier et analyser les risques d'incident ou d'accident
- assurer un soutien à la victime et à ses proches
- mettre en place un système de surveillance
- constituer un registre local des incidents et accidents
- faire des recommandations au conseil d'administration de l'établissement s'il y a lieu

Activités

Pour actualiser son mandat, le comité s'est rencontré à quatre reprises et a effectué :

- le suivi des rapports d'incidents et accidents déclarés
- le suivi des activités reliées aux priorités du comité de gestion des risques
- le suivi des plans d'action suite aux événements sentinelles
- le suivi des travaux reliés à l'analyse prospective
- le suivi des recommandations des rapports du coroner
- le suivi des activités en prévention des infections

Priorités

En début d'année, le comité a reconduit les priorités établies en 2009-2010 :

- Suivre de façon particulière l'instauration de la culture de sécurité au sein du CSSSAM-N

Ce suivi a permis de constater les réalisations suivantes :

- diffusion de quatre rapports trimestriels au personnel de gestion, conseils professionnels et monitrices de la Direction du programme de santé physique et des soins infirmiers

- nouveaux indicateurs de gestion des risques fournis au tableau de bord du conseil d'administration
 - création du calendrier sur la culture de sécurité avec un thème mensuel et des outils de diffusion au personnel disponibles sur l'intranet sous l'onglet « culture de sécurité »
 - présentation de deux journées thématiques sur la culture de sécurité pour tout le personnel de gestion : les présentations et outils sont disponibles sur l'intranet sous l'onglet « culture de sécurité »
- Suivre de façon particulière l'analyse approfondie des incidents et accidents reliés aux erreurs de médicaments

Ce suivi a permis de constater les réalisations suivantes :

- production de rapports sur les erreurs médicamenteuses présentés au comité de gestion des risques
- travaux d'implantation du bilan comparatif des médicaments à l'Hôpital Fleury
- travaux du comité multidisciplinaire pour la prévention des erreurs de médicaments

Politiques, procédures et règlements

Parmi les valeurs qui soutiennent et favorisent la sécurité des usagers, il y a la compétence organisationnelle. Elle se manifeste, entre autres, par la qualité des documents de référence mis à la disposition du personnel. Voici donc la liste des principaux documents adoptés, en cours d'élaboration ou révisés :

Documents adoptés

- Règle de soins infirmiers R-8 – Les soins de plaies, incluant les lignes directrices élaborées par le CSSSAM-N pour les soins de plaies
- Règle de soins infirmiers R-9 – Administration sécuritaire des médicaments
- Création de guides et d'outils cliniques visant à assurer la qualité de l'exercice infirmier (évaluation du risque de plaies, administration sécuritaire des médicaments incluant la double vérification indépendante, la prévention du suicide à la salle d'urgence et le dépistage du risque de chute)
- Ordonnance collective sur l'administration des antiviraux en traitement de l'influenza

Documents en cours d'élaboration

- Politique de vaccination contre l'influenza

Documents révisés

- Dans le cadre de l'administration sécuritaire des médicaments, de nombreux outils cliniques ont été révisés ou élaborés au cours de l'année 2010-2011.

Registre local de déclaration des incidents et accidents

Le registre local de déclaration des incidents et accidents nous permet de faire un bilan des incidents et accidents utile en matière de prévention. L'entrée de données au logiciel Gesrisk demeure centralisée à la Direction générale adjointe, car elle permet de mieux contrôler la qualité des informations mises au formulaire de déclaration des incidents et accidents « AH-223 ».

Le logiciel Gesrisk est de plus en plus performant; il nous permet de produire des rapports pour mieux voir l'impact des activités entourant l'instauration d'une culture de sécurité dans notre établissement.

La version 4.1.1 de notre logiciel Gesrisk a été homologuée en janvier 2011. Une partie de nos données pourra donc être transmise au registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation sécuritaire des soins et des services, tel que prévu par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Rapports d'incidents et accidents déclarés

Au cours de l'année, 4 355 rapports d'incidents ou accidents ont été complétés.

Évènements sentinelles

Un évènement sentinelle englobe des événements de deux ordres : ceux qui ont ou auraient pu avoir des conséquences majeures, et ceux qui se produisent à une grande fréquence, même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences majeures. Par conséquence majeure, on réfère à un décès ou à une perte de fonction importante ou durable pour la personne qui reçoit des soins ou des services de santé. De tels événements sont appelés « sentinelles » parce qu'ils alertent sur le besoin d'effectuer une analyse détaillée et une enquête si nécessaire afin d'apporter des mesures correctives le plus rapidement possible.

Cette année, il y a eu 23 événements sentinelles, parmi lesquels quatre enquêtes ont été complétées. Des recommandations ont été faites pour chacune des enquêtes. Des plans d'action ont été produits par les directions concernées.

Analyse prospective

Pour l'exercice 2010-2011, l'analyse prospective a porté sur la liste de vérification sécuritaire et procédure de temps d'arrêt lors d'une chirurgie. Celle-ci a permis les réalisations suivantes :

- Lettre de rappel aux chirurgiens de bien compléter les requêtes et demandes d'admission
- Formation du personnel à l'admission portant sur l'entrée de données dans Opéra
- Création du comité d'amélioration continue de la qualité du bloc opératoire
- Documentation des allergies au latex dans Opéra dès que l'allergie est mentionnée en pré-admission
- Procédure de double vérification lors du transport des usagers vers le bloc opératoire rédigée et diffusée lors d'une rencontre d'équipe : personnel soignant des unités de soins, de la salle d'urgence et du bloc opératoire
- Rappels au personnel de la réception des marchandises de livrer sans délai les implants
- Obtenir le calendrier des congés des fournisseurs d'implants
- Retour avec les fournisseurs lors de délais dans la livraison des implants non reliés au personnel de la réception
- Rappels aux chirurgiens qui ne respectent pas la consigne de marquage du site opératoire
- Achats de bacs pour la stérilisation d'instruments
- Ajout de l'élément « prophylaxie antibiotique » à la liste de vérification sécuritaire avant l'anesthésie et au temps d'arrêt
- Retour aux équipes sur l'importance de la vérification pré anesthésie
- Retour aux équipes sur les statistiques d'incidents et accidents au bloc
- Retour aux équipes sur l'importance du temps d'arrêt demandé au bon moment
- Ajout sur la liste de vérification de l'heure à laquelle est demandé le temps d'arrêt
- Ajout « Retour sur l'intervention avant que l'utilisateur ne quitte la salle » à la liste de vérification depuis le 21 mars 2011

Rapports du coroner

Le comité fait un suivi statutaire des rapports du coroner qui ont des recommandations en lien avec la sécurité des usagers. Cette année, quatre décès ont fait l'objet d'enquêtes du coroner. Nous n'avons reçu aucun rapport jusqu'à aujourd'hui en lien avec ces décès.

Prévention des infections

Les activités en prévention des infections font l'objet de suivi à chacune des rencontres du comité de gestion des risques.

Le comité de prévention et contrôle des infections nosocomiales a un rôle décisionnel. Il est consulté afin de procéder à une analyse de la situation et de proposer les ajustements requis. Le comité doit effectuer une révision annuelle des objectifs et priorités en matière d'infections nosocomiales établis par l'équipe en prévention des infections et faire ses recommandations aux instances visées. Les objectifs et priorités doivent être connus de la directrice générale et présentés au conseil d'administration pour acceptation.

Le comité s'est réuni huit fois en 2010-2011 dans le but de :

- Faire le suivi des taux de *C. difficile* et au besoin mettre en place et faire le suivi d'un plan d'action
- Faire le suivi des infections nosocomiales
- Faire le suivi des éclosions du CSSSAM-N
- Faire l'analyse des données de surveillance et au besoin mettre les mesures en place
- S'assurer de la conformité du CSSSAM-N en lien avec la prévention et contrôle des infections pour différents dossiers et assurer le suivi

Soulignons que nous avons atteint cette année notre taux le plus bas depuis le début de la surveillance provinciale des infections nosocomiales *Clostridium difficile* en 2004.

ÉTHIQUE ET RECHERCHE

• Recherche

Le CSSSAM-N assure la convenance locale de toute recherche effectuée au sein de l'établissement en regard de la pertinence et du respect de la population qu'il dessert et de sa vocation.

Le *Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal* agit, dans le cadre d'une entente d'affiliation intervenue au cours de l'exercice 2008-2009, comme comité d'éthique de la recherche (CÉR) central. Son rôle est d'évaluer les qualités éthiques, scientifiques et financières de tous les projets de recherche qui sont soumis au CSSSAM-N et d'en assurer le suivi continu du type passif. C'est également ce dernier qui émet le *Certificat de conformité éthique* suite à une méthode proportionnelle d'évaluation éthique, c'est-à-dire en fonction des risques encourus pour les participants. L'entente d'affiliation signée avec le *Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal* permet aussi d'accepter la tenue d'un projet de recherche au sein du CSSSAM-N si celui-ci implique des mineurs ou des majeurs inaptes à titre de sujets de recherche. Cette entente d'affiliation est toujours en vigueur.

Les activités du comité sont décrites plus en détails dans le présent rapport, à la section « Conseil d'administration et ses comités ».

• Éthique

Au cours de la dernière année, le comité d'éthique appliquée a mis l'accent sur ses trois mandats, soit la consultation, la formation et l'information. Selon son plan d'action 2010-2012, le comité a débuté les consultations offertes aux équipes de soins, lancé son offre de formation aux équipes de soins et poursuivi la formation de ses membres. Les huit principales actions du comité cette année ont donc été :

- de peaufiner et d'actualiser le rôle d'ambassadeur dans chacune des installations
- de présenter le comité à toutes les équipes de soins et de soutien du CSSS

- de débiter les consultations éthiques
- de procéder à une offre de formation aux équipes de soins et de débiter celle-ci
- d'enrichir l'espace réservé au comité sur le site intranet
- d'écrire une série d'articles dans *Le Cercle* qui se poursuivra tout au cours de la prochaine année
- de compléter la formation de base des membres du comité
- de proposer des modifications aux règles de fonctionnement qui seront déposées au conseil d'administration à l'automne 2011, modifiant entre autres l'appellation du comité

Les activités du comité d'éthique appliquée sont décrites plus en détails dans le présent rapport, à la section « Conseil d'administration et ses comités ».

ENSEIGNEMENT

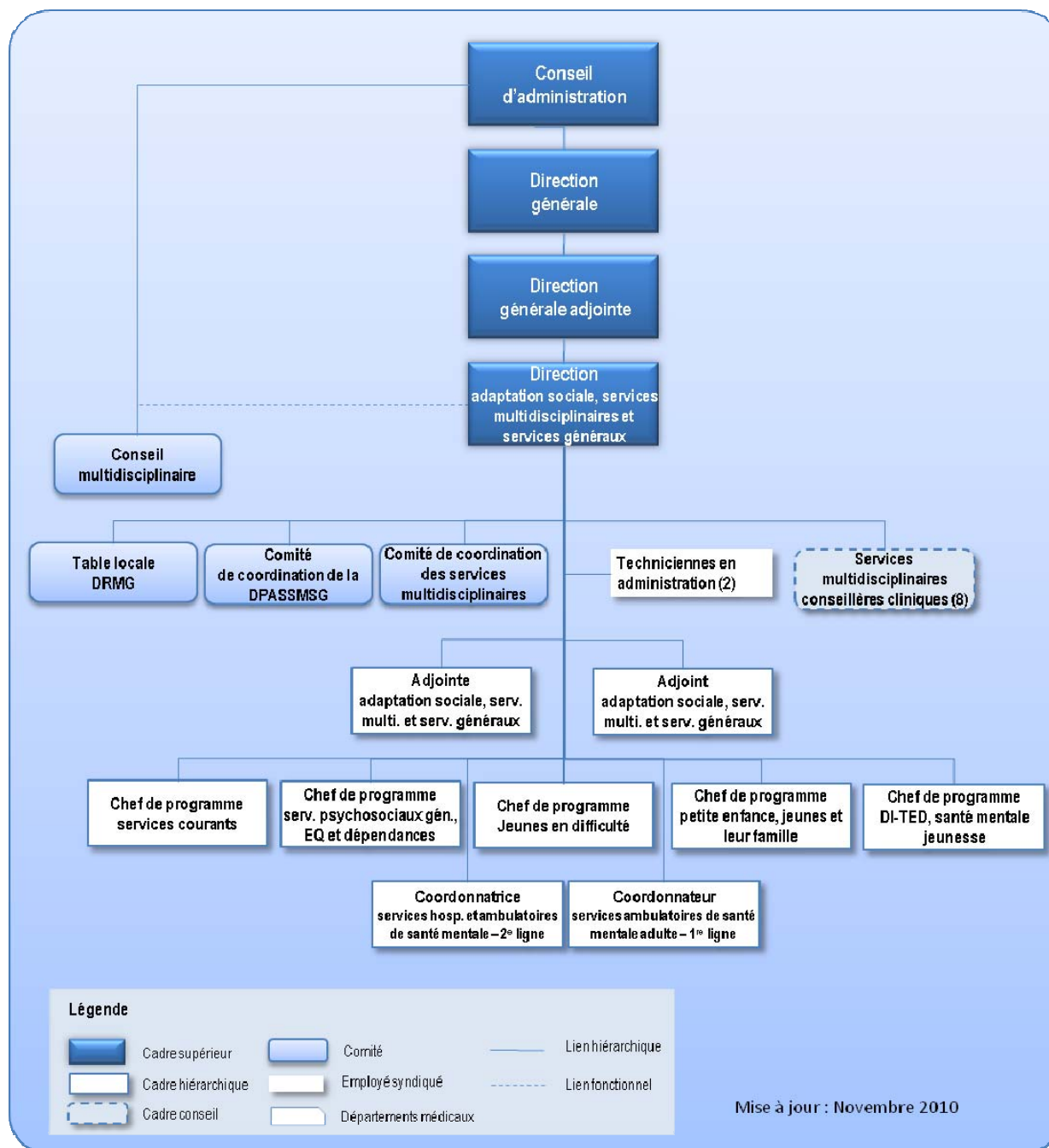
• Stages

Cette année, nous avons accueilli 878 étudiants qui ont effectué 13 448 jours de stages afin de compléter leur formation. Nous avons reçu 95 étudiants de niveau universitaire, 320 de niveau collégial et 463 étudiants de formation professionnelle. Plus de 96 superviseurs de 27 disciplines différentes ont accueilli, encadré et transmis leurs connaissances aux stagiaires. Un engagement essentiel pour assurer la relève des professionnels et employés du réseau de la santé et des services sociaux.

DIRECTIONS	Nombre de STAGIAIRES		Nombre de JOURS	
	2010-2011	2009-2010	2010-2011	2009-2010
Direction des programmes d'adaptation sociale, des services multidisciplinaires et des services généraux	74	56	1 823	1 600
Direction du programme de santé physique et direction des soins infirmiers	777	325	10 867	4 416
Direction des affaires médicales et hospitalières	12	15	497	495
Direction des ressources humaines et du développement organisationnel	6	2	161	75
Direction des services techniques et immobilisations	9	2	100	41

Organigramme et faits saillants de l'année

Direction des programmes d'adaptation sociale, des services multidisciplinaires et des services généraux (DPASSMSG)



LES PROGRAMMES D'ADAPTATION SOCIALE

• Programme Jeunes en difficulté

Le guichet d'accès jeunes en difficulté améliore d'année en année le traitement des références venant des partenaires ainsi que les références internes. Notre agent de liaison a traité et accepté 1 513 demandes de service. En 2010, nous avons harmonisé l'entrée des demandes en périnatalité pour les deux CLSC et le cheminement entre les programmes Petite enfance, Jeunes et Familles et Jeunes en difficulté a été revu.

Chaque vendredi, le CLSC de Montréal-Nord offre une clinique du nourrisson SIPPE (services intégrés en périnatalité et petite enfance) à l'intention des familles du quartier. La formule existante des rencontres prénatales a été adaptée afin de mieux répondre aux besoins spécifiques de la clientèle. Dans cette optique, nous avons installé un cadre interdisciplinaire de travail. Nous avons introduit des ateliers de nutrition postnatale pour soutenir les parents lors de l'introduction des solides auprès du nourrisson.

L'offre de service en nutrition, qui était réservée à la clientèle d'enfants vulnérables uniquement, a été bonifiée afin de répondre aux demandes de toute clientèle 0-5 ans en besoin de suivi nutritionnel (1^{re} ligne). À l'égard des pratiques cliniques préventives chez la femme enceinte et les parents, le dépistage de la consommation d'alcool et de drogues se poursuit.

Le volet nutrition, SIPPE Ahuntsic, a eu un franc succès avec les « Ateliers préparatoires de purées collectives » organisés en partenariat avec *Autour du bébé*, un organisme communautaire du quartier. Nous avons maintenu les ateliers sur l'attachement parent-enfant, donnés en collaboration avec le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire. Une nouvelle activité a été mise sur pied : « *Faisons connaissance* », un groupe qui vise à sensibiliser et répondre aux questions des nouveaux parents sur le développement et les besoins de l'enfant. L'équipe a produit un cadre de référence sur les pratiques multidisciplinaires. Cette équipe présentera son approche lors du colloque québécois sur la maltraitance envers les enfants et les adolescents en octobre 2011.

Dans le cadre de l'approche multidisciplinaire intégrée en stimulation (AMIS), des rencontres régulières entre les intervenants du programme Jeunes en difficulté et ceux de Déficience intellectuelle et Troubles envahissants du développement ont eu lieu tout au long de l'année et ont permis de situer la place spécifique du programme Jeunes en difficulté dans le continuum de service en stimulation précoce. Le groupe *Le Tremplin* offre des activités de stimulation qui s'adressent aux enfants de 2 à 5 ans. Ces ateliers sont basés sur l'approche novatrice de vidéo feedback. L'équipe Intervention éducative précoce collabore directement dans le même sens auprès des centres de la petite enfance (CPE) et des garderies afin de développer une offre de service cohérente et rapide auprès des enfants qui présentent des difficultés et qui fréquentent ces ressources. La table locale de concertation CPE / CSSSAM-N s'est remise en action cette année après avoir connu quelques mois de réajustement.

Nous collaborons étroitement à *Un Rayon de soleil*, un projet d'habitation communautaire à Montréal-Nord pour les mères monoparentales qui retournent aux études qui a pignon sur rue depuis novembre 2010. Nous amorçons des travaux afin d'offrir sur place des ateliers de stimulation aux enfants 0-5 ans ainsi que des rencontres familiales à compter de septembre 2011.

Une travailleuse sociale est présente à plein temps à la *Clinique de pédiatrie sociale* de Montréal-Nord. La clinique de pédiatrie sociale offre maintenant des ateliers de stimulation dans ce secteur du quartier. Un médecin du CSSSAM-N assure la couverture médicale à la clinique.

L'équipe des auxiliaires aux services de santé et sociaux a été regroupée à l'intérieur du programme Jeunes en difficulté. En ce sens, nous avons élaboré un cadre de pratique pour cette équipe afin de clarifier l'offre de service aux familles ainsi que l'accès aux différents programmes.

Avec nos partenaires des commissions scolaires, nous avons contribué à la mise en place des regroupements sous-régionaux afin de mieux cerner nos zones de collaboration et nos pratiques en lien avec l'approche *Écoles et milieux en santé*. Cette démarche s'intensifiera dans la prochaine année. Nous comptons élaborer une entente de service formelle au début de chaque année scolaire.

Les effectifs de l'équipe Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE) sont maintenant stables. Le volume des demandes augmente graduellement et de nouveaux référents se sont ajoutés. Un protocole de collaboration a été élaboré avec le service des jeunes contrevenants, Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire « Protocole de co-intervention IRD/liaison – CAFE dans le cadre de la comparution d'un adolescent détenu à la suite d'un geste de violence intrafamiliale », afin de permettre à ce jeune et sa famille d'avoir accès à une intervention psychosociale intensive dès la sortie du jeune. S'ajouteront au courant de l'année 2011-2012 les références des policiers et d'Urgence Psychosociale-Justice.

En lien avec l'offre de service du ministère de la Santé et des Services sociaux pour le programme Jeunes en difficulté, chacun des services spécifiques a travaillé à mieux cerner son mandat, ses responsabilités et ses tâches dans le cadre des services offerts aux familles.

La collaboration locale s'est actualisée avec le Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire, secteur Nord. Une table de concertation locale a été mise sur pied et a pour objectif d'assurer la continuité de l'offre de service à la population. Au comité régional Centres Jeunesse-CSSS, un travail important a eu lieu afin d'améliorer nos arrimages inter établissement. Une entente de « *reaching out* » a été élaborée pour l'ensemble des CSSS de Montréal. Des travaux débutent aussi au sein de cette table concernant le développement d'un programme de négligence sur le territoire de Montréal.

• Programme Déficience intellectuelle et Troubles envahissants du développement (DI-TED)

Ouverture du guichet d'accès unique en DI-TED, une première à Montréal !

Une entente tripartite entre le Centre de réadaptation l'Intégrale, l'Hôpital Rivière-des-Prairies et le CSSSAM-N a été signée à l'automne 2010, inaugurant l'ouverture du guichet d'accès unique en DI-TED. Cette entente touche la hiérarchisation des services de 1^{re} et 2^e lignes et redéfinit les mandats des établissements concernés dans un continuum de services en tenant compte de la responsabilité populationnelle. Notre agent de liaison a traité 378 demandes depuis l'ouverture du guichet d'accès.

Nous avons aussi établi une entente avec le Centre de réadaptation l'Intégrale concernant les services d'orthophonie. Nous avons clarifié les besoins des enfants de 5 ans et moins desservis en 2^e ligne par notre partenaire et développé une offre de service qui y répond. Nous offrons des évaluations avec plan de traitement et de suivi pour chaque enfant identifié et priorisé par notre partenaire, ainsi que de la formation auprès du personnel et des parents, selon deux volets, soit l'approche auprès de l'enfant trisomique et celle auprès de l'enfant TED.

Dans le cadre du projet « AMIS (Approche multidisciplinaire intégrée en stimulation) », nos actions se poursuivent afin de consolider notre offre de service pour les enfants ayant un retard de développement. Le projet vise à assurer un continuum entre nos programmes (Jeunes en difficulté, Santé mentale jeunesse, Déficience intellectuelle et Troubles envahissants du développement, Services généraux et Déficience physique) et à favoriser une collaboration entre ceux-ci pour dépister les retards le plus tôt possible et maximiser l'accès aux services. Nous travaillons à développer une compréhension commune de l'approche intégrée en créant des lieux d'échange et de partage entre les intervenants provenant des différents programmes concernés.

Le tableau ci-dessous démontre l'augmentation de l'accès au cours de la dernière année. Le plan d'action se poursuivra au cours des prochaines années.

	2010-2011	2009-2010
Usagers différents	460	214
Interventions	2 420	806

Toujours dans le cadre du projet *AMIS*, nous sommes à développer un continuum de services avec le CHU de Ste-Justine, l'Hôpital de Montréal pour enfants et le Centre de réadaptation Marie-Enfant pour mieux desservir notre population selon le niveau d'intensité et de spécialisation de services requis.

• Santé mentale

Santé mentale jeunesse 1^{re} ligne

Découlant du Plan d'action en santé mentale « *La force des liens 2005-2010* », le programme Santé mentale jeunesse est entré dans sa 6^e année d'existence. Sept nouveaux postes se sont ajoutés aux cinq postes existants dans l'équipe. Ce développement va permettre la consolidation de l'offre de service auprès de la clientèle et de nos partenaires. Le programme a traité cette année 125 clients différents dont l'âge se situe entre 0-17 ans. Les parents et la fratrie de ces enfants recourent aussi de façon quasi systématique aux services psychosociaux.

Santé mentale adulte 1^{re} ligne

Le guichet d'accès en santé mentale, porte d'entrée de notre programme, a traité cette année plus de 2 200 demandes. Nous recevons et orientons maintenant toutes les demandes d'évaluation ou de traitement s'adressant autant à la 1^{re} qu'à la 2^e ligne. L'équipe de Santé mentale adulte 1^{re} ligne a poursuivi le déploiement des sous-programmes cliniques : troubles transitoires, troubles sévères, troubles relationnels. L'expertise des professionnels est ainsi maximisée et permet de mieux répondre aux besoins de la population du territoire.

Nous avons développé le volet « professionnels répondants » auprès de différents organismes de notre réseau local afin d'offrir un soutien aux intervenants qui œuvrent auprès d'une clientèle pouvant présenter une problématique de santé mentale.

Le travail des infirmières spécialisées en santé mentale en groupe de médecine de famille se poursuit toujours et répond aux besoins d'une clientèle qui ne consulterait probablement pas autrement. Le bureau du médecin demeure une voie d'accès importante des demandes de services en santé mentale.

L'équipe de santé mentale est maintenant complète et joue de plus en plus son rôle conseil auprès des partenaires du réseau local ainsi qu'auprès des différents programmes du CSSSAM-N, toujours avec l'objectif d'offrir à la population du territoire des services complémentaires et de qualité.

Santé mentale adulte 2^e ligne

Les services de santé mentale adulte 2^e ligne sont offerts en partenariat avec le Pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Des démarches sont en cours afin d'assurer la continuité de cette entente de collaboration.

Services hospitaliers – Unité psychiatrique à l'Hôpital Fleury

En 2010-2011, nous avons connu une augmentation des admissions. Pour plus de la moitié de l'année, le taux d'occupation a dépassé de 30 % la capacité au permis. Dans ce contexte, nous désirons souligner particulièrement la collaboration du personnel et des médecins.

Au cours de la prochaine année, nous aurons à identifier avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal des solutions à ces dépassements, pour libérer nos lits de courte durée occupés par des patients ayant besoin d'hébergement de longue durée. Enfin, nous avons systématisé par des procédures écrites les démarches d'admission, la planification des congés et les mécanismes de transmission de l'information lors des transferts vers la 2^e ligne et la 1^{re} ligne ambulatoire de notre CSSS, ou vers d'autres établissements.

Services ambulatoires de santé mentale 2^e ligne

Au niveau du programme de gérontopsychiatrie, nous avons consolidé la programmation de l'hôpital de jour et rédigé un cadre de référence.

LES SERVICES MULTIDISCIPLINAIRES

Les services multidisciplinaires visent à promouvoir et à soutenir le développement des pratiques professionnelles dans une perspective d'amélioration continue. Responsables de la qualité et de la continuité des soins et services dispensés par près de 35 catégories de professionnels au sein des programmes clientèles du CSSSAM-N, les conseillères cliniques sont impliquées entre autres dans la qualification du personnel, l'identification des besoins de formation, l'application des normes professionnelles, les probations des nouveaux intervenants, les pratiques cliniques sécuritaires, les questions éthiques et légales liées aux disciplines et aux pratiques. Ces services conseils collaborent étroitement avec les directeurs, les cadres hiérarchiques, les professionnels et les membres du conseil multidisciplinaire. Les conseillères cliniques déploient ces services dans l'ensemble des installations du CSSSAM-N.

Voici les principales réalisations de la dernière année :

- Préparation et diffusion d'une formation sur le plan d'intervention
- Remodelage des formulaires « *Plan d'intervention* » et « *Bilan* »
- Élaboration d'une fiche de pratique et d'une formation sur le consentement aux soins
- Consultation concernant les situations cliniques complexes et multi problématiques
- Participation à des comités internes sur des dossiers ayant une incidence sur la qualité et la prestation sécuritaire des soins et services
- Création d'un comité clinique sur les troubles de l'humeur pour bâtir une programmation basée sur les données probantes et animation d'une formation sur le plan thérapeutique infirmier, une approche privilégiée dans les suivis à court terme des troubles de l'humeur
- Animation d'une formation sur la médication psychiatrique et les interactions avec les psychotropes, avec la participation d'une pharmacienne de l'Institut Louis-Philippe-Pinel
- Production d'un dépliant sur le dépistage des facteurs psychosociaux présents chez les clients en hébergement
- Élaboration en collaboration du « *Cadre de référence en pratique psychosociale Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement et Déficience physique (PPALV/DP)* »
- Élaboration d'un document de référence sur le développement d'une table intersectorielle pour contrer la maltraitance chez la personne âgée

- Mise en place d'un comité de consultation intersectorielle sur les abus envers les aînés
- Animation d'une formation sur le dépistage de la maltraitance aux intervenants du PPALV/DP
- Rédaction et coordination du programme « *Prévention des chutes* »
- Implantation du dépistage systématique de la déficience visuelle chez les personnes de plus de 75 ans : planification des formations, suivi auprès des gestionnaires, révision des formulaires
- Formation sur les notes aux dossiers et les responsabilités légales des intervenantes sociales au programme pour personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et déficience physique (PPALV-DP)
- Coordination des demandes de régime de protection
- Coordination des stages psychosociaux en santé mentale, jeunes en difficulté et personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement pour les étudiants provenant de l'Université de Montréal, de l'UQAM et de l'Université de Sherbrooke
- Planification et organisation de la présence d'intervenants psychosociaux lors de l'*Opération Haïti* tant à l'aéroport qu'au centre multiservices
- Coordination terrain lors de l'épisode de chaleur accablante à l'été 2010
- Rédaction d'un protocole de soutien psychosocial en contexte de chaleur accablante
- Encadrement et gestion des situations d'agression vécues lors de la prestation de soins ou de services
- Formations OMEGA
- Rédaction d'une directive sur le consentement parental
- Participation au comité clinique *AMIS* (approche multidisciplinaire intégrée en stimulation) : définition du rôle des professionnels et du rôle pivot en vue de la finalisation du cadre de référence. Outils, matériel, formation niveaux 1 et 2
- Coordination du processus collectif de construction du cadre de référence de l'équipe SIPPE-Ahuntsic
- Rédaction avec collaboratrices du cadre de référence des services d'auxiliaires aux services de santé et sociaux du programme Jeunes en difficulté
- Traitement des situations complexes pour les jeunes 0-17 ans et leur famille : Dans le cadre du projet *AMIS*, mise en place d'un comité de liaison inter-programmes qui a comme principal rôle d'orienter les demandes qui nécessitent l'implication de plus d'un programme du CESSAM-N en évaluant les besoins et services requis pour l'enfant et sa famille et en identifiant les professionnels requis pour évaluer ou intervenir auprès de ces derniers. Les professionnels ainsi impliqués pourront provenir des programmes Petite enfance, jeunes et famille, DI-TED, Santé mentale jeunesse, Jeunes en difficulté, Services généraux et Déficience physique, et parfois Santé mentale adulte. Toute décision devra tendre vers l'identification du bon niveau de service, de la bonne priorité, offert par les bons professionnels. Le comité mettra en place les conditions nécessaires afin de susciter les pratiques collaboratives entre les professionnels issus des différentes disciplines et programmes.
- L'équipe d'intervention jeunesse a poursuivi son mandat pour la 8^e année. Il s'agit d'une équipe réseau (santé et services sociaux, éducation, communautaire, ressources privées, etc.) qui intervient selon une approche de co-responsabilité partenariale dans les situations multi problématiques touchant des jeunes ou leur famille et pouvant mener à des impasses d'ordre clinique ou administratif. Lors de ces situations, tous les partenaires deviennent collectivement responsables des services à offrir. En contrepartie, tous se soutiennent et partagent les risques associés aux décisions prises lors des rencontres de coordination du plan de service individualisé/plan de service individualisé intersectoriel (PSI/PSII). Au cours de l'année 2011-2012, l'expérience du CESSAM-N servira de modèle de base au sein de la table régionale CESS et Centres jeunesse en vue d'un déploiement dans les CESS de Montréal.

LES SERVICES GÉNÉRAUX

• Services de santé courants

La réorganisation du programme des Services de santé courants, qui s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la qualité des services et de la continuité des soins offerts à la clientèle ambulatoire de nos deux CLSC, a été amorcée afin d'optimiser le rôle des infirmières et intégrer des infirmières auxiliaires au sein de nos équipes. Nous sommes à revoir l'organisation du travail et l'optimisation de nos processus.

Avec l'arrivée des nouveaux mandats en matière de suivi systématique de la clientèle atteinte de maladie chronique (projet diabète, MPOC, HTA) et, en collaboration avec notre centre d'excellence en gestion des maladies chroniques, nous sommes préoccupés d'offrir de meilleurs services à la clientèle qui consulte aux Services courants et de rehausser les connaissances des infirmières en matière de suivi systématique auprès de cette clientèle. Pour ce faire, nous allons déployer un modèle de gestion de cas (*caseload manager*) et optimiser nos collaborations interdisciplinaires. Nous travaillons ainsi à développer des liens stratégiques avec les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées qui œuvrent en CLSC.

Un autre grand projet a présentement cours à l'Accueil santé dans le cadre des travaux pour un accueil centralisé. Les infirmières de l'Accueil santé collaborent à ce projet qui vise l'optimisation des processus touchant l'évaluation et le cheminement des demandes de service.

Nos deux centres de prélèvements en CLSC sont toujours très fréquentés par la population. Nous avons optimisé le système informatique du CLSC de Montréal-Nord (identification code barre) en collaboration avec notre partenaire, le laboratoire de l'Hôpital Santa-Cabrini.

Achalandage des centres de prélèvements de nos deux CLSC

CLSC d'Ahuntsic	CLSC de Montréal-Nord
22 719 clients	41 273 clients

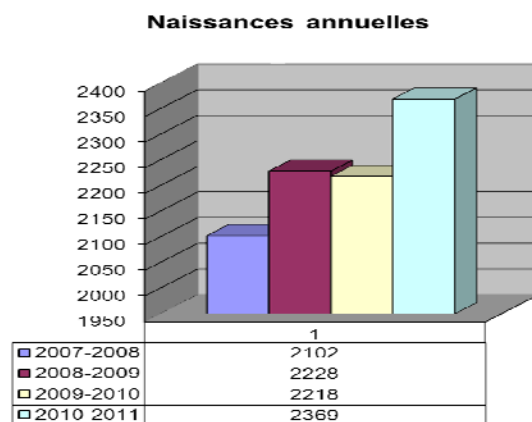
Du côté des groupes de médecine de famille (GMF) et de la clinique-réseau, la collaboration avec nos partenaires se consolide. Nos infirmières sont présentes dans les trois GMF « en soutien et en continuité » avec les services médicaux. Le déploiement des ordonnances collectives est présentement en cours et permettra aux infirmières des GMF d'augmenter leur autonomie professionnelle.

***Franc succès pour notre guichet d'accès
pour la population sans médecin de famille !***

Au cours de l'année 2010-2011, le personnel infirmier et administratif affecté au guichet d'accès pour la population sans médecin de famille a réussi à trouver un médecin de famille à 2 100 personnes. La grande majorité de ces personnes présentaient un profil de vulnérabilité élevé au plan de la santé.

• Services à la petite enfance, aux jeunes et à leurs familles

Ce programme offre une gamme diversifiée de services et s'adresse essentiellement aux parents et futurs parents, aux enfants, aux jeunes et aux familles. La tendance à la hausse des naissances sur le territoire se maintient, il y a eu 2 369 nouvelles naissances cette année comparativement à 2 218 l'an passé, ce qui représente une augmentation de 6,4 % (voir graphique qui suit).



L'adoption de la politique en alimentation infantile (allaitement maternel) en mars 2011 par le conseil d'administration est une avancée dans la démarche d'obtention de l'accréditation *Initiative Amis des Bébé*s.

Par ailleurs, la clinique de *Synagis* pour l'immunisation des bébés prématurés vulnérables au virus respiratoire syncytial s'est poursuivie pour une troisième année. Ce sont 45 bébés qui ont été immunisés durant l'hiver 2010-2011, une hausse significative de 60 % par rapport à l'an passé.

Le programme d'immunisation dans les écoles se poursuit. Ainsi, 4 504 élèves de 4^e année et 3 032 élèves de 3^e secondaire ont vu leur vaccination mise à jour contre l'hépatite B, la varicelle et le VPH.

Côté hygiène dentaire, le projet pilote *Application de produit scellant* à l'école Jules-Verne s'est concrétisé auprès de 13 enfants au printemps 2010. Nous souhaitons répéter l'expérience pour l'année 2011-2012. Parallèlement, l'application du programme national de santé publique de santé dentaire s'est maintenue avec le dépistage dentaire systématique de près de 4 000 élèves de la pré-maternelle à la 2^e année.

Les cliniques planning jeunesse présentes dans nos deux CLSC, les services de dépistage des infections transmissibles par le sang ou le sexe (ITSS), de contraception, de planification des naissances, de prévention et d'éducation en matière de santé sexuelle ont encore été disponibles autant pour les jeunes de 14 à 24 ans que pour la clientèle adulte, et ce, avec et sans rendez-vous. Nos équipes infirmières et médicales ont procédé cette année à 2 342 dépistages de diverses ITSS. De plus, il y a eu 499 interruptions volontaires de grossesse à la clinique d'interruptions volontaires de grossesse du CLSC de Montréal-Nord, ce qui représente une légère baisse de 3,4 % par rapport à l'année dernière.

L'habilitation des infirmières en milieu scolaire a permis également d'effectuer 52 dépistages ITSS dans les écoles secondaires, aux écoles Sophie-Barat et Marie-Anne dans Ahuntsic, ainsi qu'au Collège Ahuntsic.

Le soutien financier de la Direction de santé publique de Montréal a permis l'embauche deux jours semaine d'une infirmière de proximité en janvier 2011 afin d'étendre les activités de dépistage ITSS aux clientèles vulnérables et à risque du territoire. L'offre de service est en cours de développement en partenariat avec les principaux organismes communautaires du territoire œuvrant auprès de la clientèle cible.

• Services psychosociaux généraux, Dépendance et Équipe Quartier

Accueil réception de nos CLSC

Ces équipes sont le tout premier contact avec notre clientèle en CLSC. Elles reçoivent la clientèle ambulatoire, orientent leurs demandes, répondent aux besoins d'information, offrent et confirment les rendez-vous, assurent l'authentification des cartes d'assurance maladie.

Au CLSC de Montréal-Nord, ce sont 41 031 usagers qui ont été reçus (5 % d'augmentation) alors que le CLSC d'Ahuntsic a reçu 34 574 usagers (15 % d'augmentation). À ce nombre, s'ajoutent 6 918 authentications de carte d'assurance maladie au CLSC de Montréal-Nord et 4 826 au CLSC d'Ahuntsic. Les demandes d'information ne sont pas comptabilisées.

Plusieurs mesures ont été mises en place pour réduire le temps d'attente à l'Accueil réception de nos deux CLSC. Une réorganisation du service est en cours afin d'améliorer le fonctionnement général et un réaménagement physique des lieux au CLSC de Montréal-Nord est à l'étude.

Services psychosociaux généraux

Porte d'entrée de la population qui désire avoir accès à des services psychosociaux, l'Accueil psychosocial analyse la demande et l'oriente aux différents programmes selon la nature de la problématique. Les consultations psychosociales viennent compléter l'offre de service par un suivi court terme à la clientèle qui présente des problèmes psychosociaux de nature ponctuelle.

Par ailleurs, l'Accueil psychosocial a traité 12 679 demandes ambulatoires ou téléphoniques, une augmentation de 15 %. Des rencontres dans le cadre de consultations psychosociales ont eu lieu avec 445 usagers, ce qui constitue une augmentation de 31 % par rapport à 2009-2010. Un travail important est en cours pour faciliter le cheminement des demandes de services vers nos programmes spécifiques.

Cette année, un groupe a été offert dans le cadre du programme *Choisir de maigrir ?* en collaboration avec le programme des Services de santé courants. Trois rencontres ont été faites dans les églises haïtiennes dans le cadre du programme *Un parent, un allié*. La présence d'une intervenante dans les cours prénataux s'est poursuivie.

Le mandat des droits d'accès à des visites supervisées entre un enfant et son ou ses parents dans le contexte de la Loi de la protection de la jeunesse a été délégué à l'Accueil psychosocial qui doit vérifier le respect des conditions d'exécution des ordonnances de cour et faire la demande à notre CSSS fiduciaire.

Dans le cadre du protocole en violence conjugale, et en collaboration avec le Service de police de la Ville de Montréal (Postes de quartier), 193 victimes ont été référées à l'Accueil psychosocial de Montréal-Nord et 127 à Ahuntsic. La chef de programme a aussi participé à la table régionale en violence conjugale à deux reprises. Deux formations sur l'intervention en violence conjugale ont été offertes à une quinzaine d'intervenants et stagiaires.

Dépendances

Les actions se sont accentuées pour mettre en place le repérage systématique des problèmes de consommation d'alcool ou de drogue et l'orientation vers les services appropriés. Quatre rencontres avec nos intervenantes ressources dans les différents programmes a permis de les habiller à jouer leur rôle de soutien auprès de leurs collègues. Des espaces de discussion clinique ont été dégagés pour soutenir les intervenants des différents programmes dans leur intervention auprès des clientèles ayant une double problématique. Le travail de soutien auprès des organismes de la communauté se poursuit et a permis une belle implication de ceux-ci dans l'organisation d'activités pour la Semaine de prévention de la toxicomanie.

L'ensemble des procédures ont été revues dans la réponse à offrir aux utilisateurs de drogues injectables. Notre conseillère en dépendances a participé aux rencontres du comité de suivi des projets en toxicomanie du *Regroupement Écoles et milieux en santé* (RÉMES) et au comité régional de coordination sur les jeux de hasard et d'argent de la Direction de santé publique de Montréal.

Un travail de concertation a été fait afin d'assurer la continuité des services entre nos programmes et le Centre de réadaptation Dollard-Cormier. Nous visons à développer principalement la référence personnalisée de notre clientèle de 1^{re} ligne vers la 2^e ligne.

Équipe Quartier

*563 personnes ont bénéficié du support de l'Équipe Quartier :
1 715 interventions en face à face et 1 313 interventions téléphoniques*

Sillonnant les rues du quartier, cette équipe de marcheurs crée des contacts avec les citoyens, tentant d'agir avec eux en amont des problématiques rencontrées et fait le pont avec les différents organismes susceptibles de leur venir en aide. L'équipe a resserré ses liens avec les principaux partenaires du territoire. Le phénomène grandissant de l'itinérance a également retenu l'attention de l'équipe. Les problématiques d'insalubrité ont fait l'objet de collaborations avec les inspecteurs de l'arrondissement. Le comité de partenaires de l'approche milieu s'est réuni à trois reprises.

• Programme en milieu carcéral

Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang

Une équipe composée d'infirmières et de travailleuses sociales du CSSSAM-N est présente dans les trois établissements de détention de Montréal (Tanguay, Bordeaux et Rivière-des-Prairies) pour y faire du dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), de la prévention, de la vaccination, l'amorce des traitements et le suivi infirmier ainsi que les services psychosociaux en collaboration avec les services de santé de ces établissements de détention. Nous sommes en liaison constante avec des partenaires à l'externe (cliniques et hôpitaux) pour assurer le suivi des traitements. Au cours de l'année, nous avons eu plus de 114 dépistages d'ITSS dont le résultat s'est révélé positif. Les infections dues au VHC sont en progression constante.

Nous nous déplaçons directement dans les secteurs de vie des personnes incarcérées afin de faire de la promotion, de la prévention et de l'éducation en lien avec les ITSS, les modes de transmission et les traitements possibles. Nous profitons de ce moment pour prendre les noms des personnes intéressées par le dépistage et la vaccination.

La population carcérale est considérée comme étant vulnérable, celle-ci présente de multiples problèmes de santé parfois très complexes : toxicomanie, alcoolisme, santé mentale. Ces problèmes nécessitent des suivis interdisciplinaires rigoureux. Nos interventions sont axées sur la responsabilisation et le développement du pouvoir d'agir des clients. Nous assurons une intervention psychosociale auprès d'eux avec une approche de réduction des méfaits. Nous effectuons également la promotion de l'approche de réduction des méfaits auprès des agents des Services correctionnels.

Nous réalisons des interventions individuelles auprès des personnes vivant avec le VIH/sida ou l'hépatite C. Les activités suivantes font partie du quotidien de l'équipe : liens avec les intervenants extérieurs, conseils de santé, soutien à la prise de médicaments, planification de la sortie, suivi systématique des personnes recevant le traitement de l'hépatite C.

La participation aux rencontres du programme Dépendances permet à l'intervenante ressource d'augmenter ses connaissances en dépendances, de connaître l'accès aux divers programmes et les procédures de référence et d'en informer ses collègues de travail. Nous entretenons des collaborations étroites avec de nombreuses ressources communautaires et institutionnelles en lien avec les personnes vivant avec le VIH/sida, l'hépatite C, la prostitution et la consommation. Nous avons des liens privilégiés avec le Centre sida secours, Stella, Cactus Montréal, l'Accès soir, l'UHRESS du CHUM et les autres cliniques VIH, etc.

Le projet Trousse de dépistage rapide

Depuis mars 2010, une infirmière travaille à l'implantation d'un projet pilote sur le dépistage du VIH. Ce projet pilote de la Direction de santé publique de Montréal consiste à évaluer la pertinence de l'utilisation d'un test de dépistage rapide pour le VIH auprès de la clientèle carcérale provinciale.

Nous offrons au client ayant demandé un dépistage le choix entre un dépistage standard ou rapide en lui expliquant en quoi consistent les différents dépistages pour le VIH, puis le client choisit celui qui lui convient le mieux. Ensuite, nous administrons le test et nous annonçons les résultats. La différence réside dans la rapidité pour recevoir le résultat, quelques minutes versus quelques jours. Jusqu'à maintenant, les données recueillies démontrent que la très grande majorité des détenus préfèrent le dépistage rapide, ce qui augmente la possibilité de faire du dépistage auprès de cette clientèle.

Service de santé à l'Établissement de détention Maison Tanguay

Notre personnel infirmier et médical offre depuis 1984 les services de santé courants à la population carcérale de cet établissement qui dessert la clientèle féminine. Le nombre d'intervention s'élève à 18 009 pour cette année.

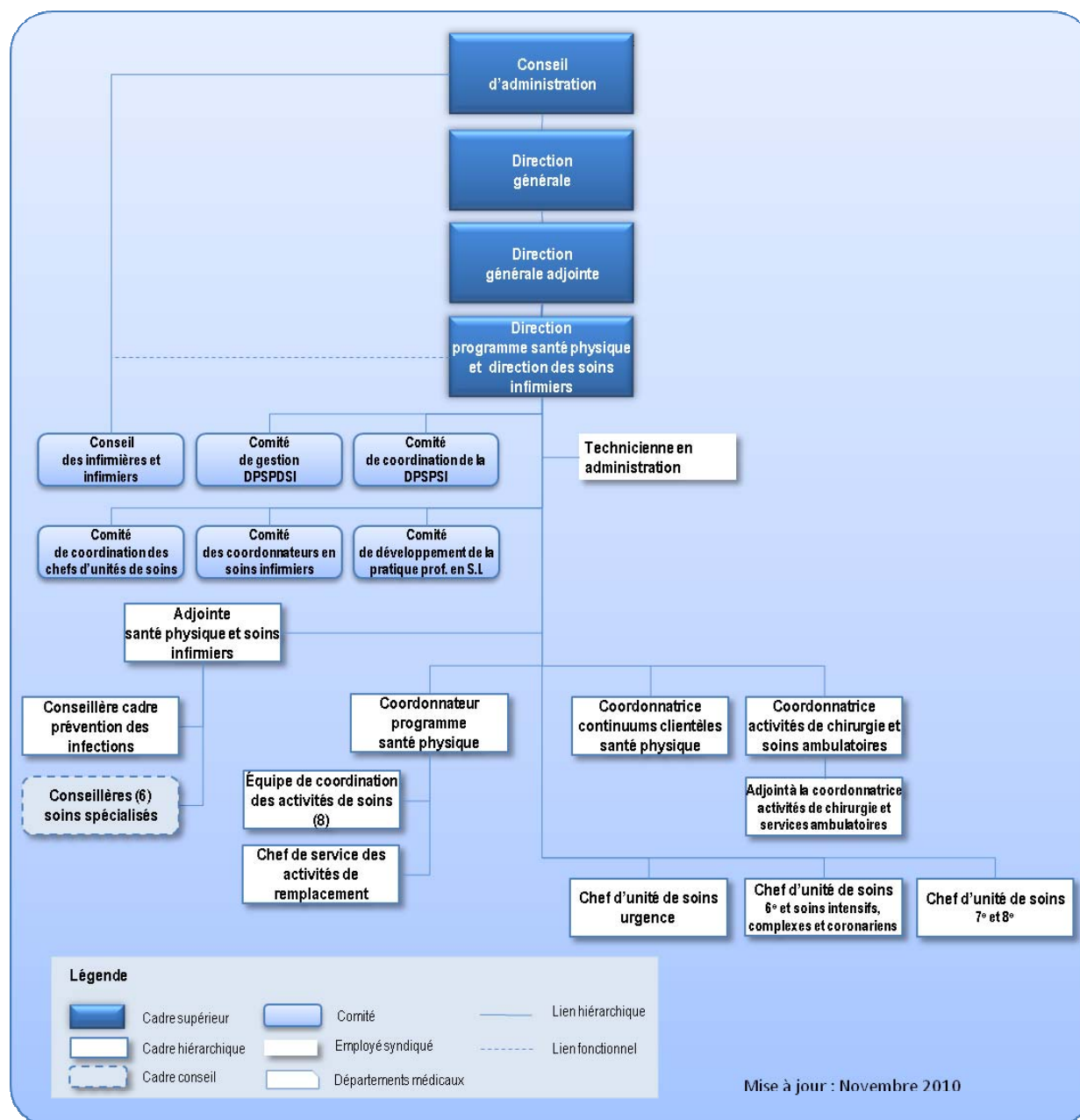
En cours d'année, nous avons élaboré un guide descriptif du travail des différents intervenants de santé afin de faciliter les communications avec les agents des Services correctionnels.

Nous avons instauré divers protocoles de soins et traitements (tabagisme, diètes spéciales, etc.). Nous avons débuté des travaux afin d'améliorer la cueillette d'information en santé mentale dans le but de faciliter les transferts vers l'Institut Louis-Philippe-Pinel ou pour les demandes d'évaluation psychiatrique.

Nous avons collaboré avec la direction de la Maison Tanguay pour établir une nouvelle procédure lors des transferts inter détention afin de préserver la continuité des soins de santé et des traitements pharmacologiques.

Organigramme et faits saillants de l'année

Direction du programme de santé physique et direction des soins infirmiers (DPSPDSI)



SURVOL DE LA DERNIÈRE ANNÉE

L'année qui se termine est sans conteste une année de collaboration aux divers projets de réorganisation des soins et du travail des différentes directions.

De façon concrète, l'équipe de conseillères a accompagné la Direction des services aux aînés dans la démarche de réorganisation des quatre centres d'hébergement. Une recension d'écrits sur les meilleures pratiques, des observations temps-mouvements sur tous les quarts de travail et des journées de travail terrain en équipe nous ont permis de faire des constats intéressants sur la situation vécue dans nos centres d'hébergement. Quatre rapports synthèse ont été déposés. Ils présentent les résultats de notre analyse et proposent des pistes de solution afin d'optimiser l'organisation des soins et du travail pour mieux répondre aux besoins croissants de la clientèle hébergée.

Nous avons également accompagné la Direction des programmes d'adaptation sociale, des services multidisciplinaires et des services généraux dans leurs travaux de réorganisation aux Services courants et à l'Accueil santé.

Pour l'Hôpital Fleury, des observations ont été réalisées au 3^e étage, de même qu'à l'unité des soins intensifs. Des bilans sur l'intensité des soins sont en voie d'être déposés. Enfin, l'équipe de conseillères a accompagné sur le terrain l'équipe du 8^e étage (quart de jour) pour une période de trois mois afin d'actualiser les rôles de chaque membre de l'équipe soignante, implanter et dégager avec eux des pistes de solution pour le maintien et l'amélioration de la qualité des soins.

Dans la foulée de ces différents projets de réorganisation des soins et du travail, nous avons complété la révision et l'élaboration des programmes d'orientation pour l'ensemble des secteurs de la 1^{re} ligne (sauf à la clinique jeunesse et en milieu carcéral). En hébergement, le programme d'orientation des préposés aux bénéficiaires est complété et celui des infirmières et des infirmières auxiliaires sera déposé sous peu.

La dernière année a permis la création de deux nouveaux postes de conseillères aux activités cliniques, volet hébergement. Depuis, elles accompagnent le personnel de nos quatre centres. Leurs principaux dossiers portent sur l'implantation des règles de soins et des ordonnances collectives en hébergement, le développement des compétences en lien avec l'évaluation et les soins à la personne âgée, l'intégration et le suivi du nouveau personnel en soins infirmiers de même que le suivi et l'encadrement des novices. Ces dernières embauches ont permis la consolidation de l'équipe des conseillères aux activités cliniques. Elles ont fait des percées à tous les niveaux. Leur expertise est de plus en plus reconnue au sein des équipes et leur collaboration est recherchée par les différentes directions.

Plusieurs formations, dont certaines sur une base transversale, ont été offertes à l'ensemble de nos équipes : principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB), réanimation cardiorespiratoire (RCR), soins de plaies, etc. D'autres formations ont été offertes dans le cadre de grands projets ou d'objectifs organisationnels; plusieurs professionnels ont participé à la formation sur la prévention des chutes. Une campagne de sensibilisation sur l'hygiène des mains a été déployée dans l'ensemble de nos installations. Le déploiement de telles formations permet à la fois d'assurer la qualité des soins, l'actualisation du rôle infirmier et le développement de compétences nécessaires aux enjeux actuels de notre réseau.

Plusieurs rencontres d'arrimage se sont tenues avec nos différents partenaires afin de planifier et mettre en oeuvre la fermeture de l'unité de soins de longue durée au 4^e étage de l'Hôpital Fleury dans les délais prévus. Nous avons également tenu des rencontres avec le personnel concerné pour les informer de l'évolution du dossier et les accompagner dans ce changement majeur. Notre unité de soins de longue durée est fermée officiellement depuis le 25 janvier 2011.

Le projet OACIS a suscité la participation de plusieurs membres de l'équipe, et ce, à plusieurs niveaux : présence aux différents comités, recensement des formulaires utilisés, accompagnement des équipes des autres directions, refonte de plusieurs formulaires, présentations aux chefs d'unités.

• Règles de soins, ordonnances collectives et protocoles en soins infirmiers

Voici quelques réalisations de l'année :

- Élaboration et adoption par le comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers de deux nouvelles règles de soins :
 - R-8 : Soins de plaies
 - R-9 : Administration sécuritaire des médicaments
- Révision d'un protocole infirmier, de deux ordonnances collectives et de la procédure de vérification des chariots à code
- Élaboration du cadre de référence et de l'ordonnance collective pour le suivi interdisciplinaire des personnes recevant un traitement oral d'anticoagulothérapie à la warfarine
- Élaboration de la procédure sur la double vérification indépendante lors de l'administration des médicaments à haut risque

• Continuum des maladies chroniques

Le centre d'excellence en gestion des maladies chroniques, qui a pris son envol en juin 2009, termine l'année sur une note très positive, avec plus de 200 personnes référées pour un suivi de diabète. Notre objectif de départ est atteint et notre subvention a été renouvelée par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal afin de poursuivre nos activités en 2011-2012. De nombreuses activités entourant la création de ce programme novateur ont été réalisées tout au long de l'année :

- Rencontres mensuelles du comité opérationnel
- Rencontres trimestrielles du comité de coordination locale avec l'Agence
- Rencontres des médecins des groupes de médecine de famille et des cliniques privées
- Présentation à l'assemblée générale annuelle de la table locale du Département régional de médecine générale (DRMG) et tenue d'un stand d'information
- Présentation d'une affiche au colloque sur la gestion des maladies chroniques
- Embauche d'une infirmière clinicienne en gestion de la maladie chronique
- En collaboration avec la Fondation canadienne des maladies du rein, tenue de cinq kiosques de dépistage précoce dans la communauté pour le diabète et l'hypertension artérielle

• Oncologie et soins palliatifs

Parmi les événements marquants en oncologie et soins palliatifs, il nous faut souligner la mise en place du guichet d'accès en oncologie pour le cancer du poumon. Dès que le pneumologue soupçonne un diagnostic de cancer chez une personne qui se présente à la clinique externe de l'Hôpital Fleury, l'infirmière pivot en oncologie est appelée et elle amorce la gestion de l'investigation. Elle accompagne la personne et chaque situation est gérée afin de limiter les délais d'investigation. Dans un centre comme le nôtre, l'intervention se situe majoritairement en amont de l'annonce formelle de diagnostic. Le développement d'un outil informatique nous a permis d'assurer un suivi rigoureux pour chaque personne atteinte d'un cancer, évitant ainsi des délais indus et nous permettant de la diriger rapidement vers des ressources spécialisées.

Nous avons également documenté nos délais d'investigation et nous sommes en mesure de comparer nos résultats aux données probantes pour les situations qui ne présentent aucune complication. Chaque nouvelle annonce de cancer (pour un cancer du poumon) se déroule en présence de l'infirmière pivot, en conformité avec la littérature qui démontre que c'est dans cette période que la détresse est la plus grande.

• Bloc opératoire et endoscopie

Au niveau des activités du bloc opératoire, 2010-2011 est une année record. Nous avons réussi à augmenter nos volumes de chirurgie dans tous les secteurs et nous avons atteint, voire même dépassé, nos cibles. En effet, nous terminons l'année avec une augmentation de 8,5 % du nombre de chirurgies de la hanche et du genou, une augmentation de 34,3 % pour la chirurgie de la cataracte, de 8,2 % pour les chirurgies hospitalisées et de 5,3 % pour les chirurgies d'un jour par rapport aux résultats de 2009-2010.

Du côté des activités visant de façon plus spécifique l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, notons la révision du formulaire « Vérification sécuritaire du patient et temps d'arrêt préchirurgical » et la mise en place d'une procédure de double identification pour le transport des usagers.

Soulignons également la création d'un comité d'amélioration continue composé de représentants de l'accueil, de l'unité de chirurgie, du bloc opératoire, de la préadmission et de l'adjointe clinique à la Direction des affaires médicales et hospitalières. Ce comité a été mis en place à la suite des résultats de l'analyse prospective portant sur le cheminement de la requête opératoire. Il a comme mandat de revoir l'ensemble des processus du cheminement de cette requête afin d'assurer une prestation sécuritaire de soins.

Au niveau clinique, nous avons revu la structure de poste afin d'introduire un deuxième assistant qui couvre à la fois le volet du bloc et celui de la stérilisation. Son mandat porte principalement sur l'orientation, la formation continue et l'accompagnement du personnel à l'unité de retraitement. Enfin, au cours de la prochaine année, nous poursuivrons nos travaux afin de mieux documenter nos coûts par cas.

• Unité de retraitement des dispositifs médicaux

D'entrée de jeu, afin de nous conformer aux nouvelles normes du manuel de gestion, soulignons le changement d'appellation de ce secteur d'activités mieux connu sous le nom de « stérilisation centrale ». Parmi les réalisations de l'année qui se termine, nous tenons à souligner le démarrage, en septembre 2010, du projet de retraitement des dispositifs médicaux avec la compagnie *Sterilmed*. Ce projet vise à réduire les coûts tout en maintenant de hauts standards de qualité dans nos processus de stérilisation. Les fiches de retraitement sont actuellement en révision afin de répondre aux normes et tous les préposés en stérilisation ont reçu une formation sur le retraitement des endoscopes.

Nous avons également fait appel à une firme conseil pour revoir l'aménagement de nos espaces afin de mieux répondre aux besoins du bloc opératoire et ainsi accroître notre capacité de retraitement des dispositifs médicaux réutilisables. Ce dossier sera prioritaire au cours de la prochaine année.

• Urgence

Nous continuons à faire face à la pénurie grandissante de ressources infirmières. Nous devons être plus créatifs pour réussir non seulement à attirer de nouvelles infirmières, mais aussi pour retenir les nôtres. Nous avons mis de l'avant en juin 2010 un projet pour améliorer la qualité de vie au travail, favoriser la rétention et recruter de nouvelles infirmières. Plus de 25 infirmières ont adhéré à une réorganisation des horaires de travail sur quatre jours de 9,22 heures, soit l'équivalent d'un temps complet. Les retombées de ce projet sont extrêmement positives sur le climat de travail mais aussi auprès de la clientèle.

Au quotidien, le Service d'urgence est en processus continu d'amélioration pour offrir des soins et des services de qualité en toute sécurité. Cette année, dans le cadre de la démarche d'Agrément Canada, nous avons effectué plusieurs actions en lien avec la sécurité dont l'introduction du bilan comparatif des médicaments, la double identification des usagers et la double vérification indépendante des médicaments à haut risque. Un beau travail d'équipe qui se continue !

Parce que notre population est importante pour nous et demeure au cœur de nos préoccupations, nous nous engageons à poursuivre nos efforts pour la desservir et lui offrir les soins et services de qualité qu'elle mérite !

Quelques données sur l'urgence

	2010-2011	2009-2010
Visites à l'urgence	36 573	38 534
Nombre de patients sur civières	9 020	9 182
Nombre de patients arrivés par ambulance	6 897	7 199
Séjour moyen global (heure/civière)	21,9	18,5
Nombre d'épisodes de soins de plus de 48 heures	79	121
Nombre d'épisodes de soins de plus de 48 heures (santé physique)	33	31
Nombre d'épisodes de soins de plus de 48 heures (santé mentale)	46	90

• Unité de chirurgie et soins ambulatoires

(clinique de préadmission, chirurgie d'un jour, chirurgie hospitalisée et cliniques externes)

*38 593 visites aux cliniques externes
durant l'année 2010-2011*

Afin de répondre aux nombreuses demandes en chirurgie, nous avons assuré tout au long de l'année une disponibilité d'au moins 20 lits, excluant les civières réservées à la chirurgie d'un jour. À la suite de la sectorisation des lits, nous sommes à même de constater que le regroupement de la clientèle sur une même unité facilite l'accès au bloc opératoire, permet de diminuer le nombre de transferts inter unités et favorise un meilleur suivi de l'épisode de soins. Malgré une pénurie marquée d'effectifs et l'instabilité de l'équipe soignante, nous avons élaboré, en collaboration avec les chirurgiens, un plan d'action visant à assurer le développement de l'expertise clinique et à optimiser nos pratiques en lien avec la clientèle de chirurgie.

La réorganisation des soins et du travail amorcée l'an dernier s'est poursuivie avec le déménagement de la clinique de préadmission dans les locaux des cliniques externes, favorisant une meilleure accessibilité aux plateaux techniques. Comme pour les volumes de chirurgies, le nombre de visites en préadmission a augmenté de façon significative puisque nous avons accueilli 278 personnes de plus que l'an dernier.

• Unités de médecine

Aux unités de médecine des 7^e et 8^e étages, les lits de débordement ont été ouverts presque toute l'année pour répondre aux nombreuses demandes d'hospitalisation en provenance de la salle d'urgence. Notre clientèle est très âgée et requiert une intensité de soins de plus en plus grande. Plusieurs de ces personnes présentent des atteintes cognitives qui touchent non seulement la personne agitée mais également ses proches, les autres personnes hospitalisées et le personnel soignant.

Il est important de souligner qu'une grande pression s'est exercée sur nos unités de médecine suite à la fermeture de notre unité de soins de longue durée. Nous avons donc entrepris une réflexion et mis sur pied un comité de travail pour débiter l'implantation du cadre de référence sur l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier tel que suggéré par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les travaux se poursuivront au cours de la prochaine année.

• Prévention et contrôle des infections

Plusieurs actions pour prévenir et contrôler les infections donnent des résultats encourageants !

À l'Hôpital Fleury, nous avons terminé l'année avec un taux d'acquisition de *C. difficile* moyen de 4,86 cas/10 000 jours présence comparativement à un taux de 7,20 l'an dernier. Cette amélioration très significative est attribuable à plusieurs actions, entre autres, l'isolement plus rapide des patients symptomatiques. Nous avons également travaillé sur le respect des techniques d'isolement et le port de l'équipement de protection personnelle. Si l'on se compare au taux provincial moyen de 2009-2010 des centres hospitaliers non universitaires avec plus de 35 % de personnes âgées de plus de 65 ans, nous nous retrouvons sous la moyenne provinciale de 5,8 cas/10 000 jours présence.

Nous avons vécu plusieurs éclosions d'ERV cette année, ce qui explique le nombre de cas parfois plus élevé pour certaines périodes. Nous poursuivons le dépistage systématique de tous les patients admis sur les unités de soins. Bien qu'au niveau provincial on rapporte une difficulté plus soutenue au niveau du contrôle de la transmission d'ERV, nous arrivons à l'Hôpital Fleury à maintenir un bon contrôle de nos éclosions, ce qui contribue à diminuer grandement les risques de transmission.

Pour les autres infections nosocomiales, nous retrouvons majoritairement des cas de SARM. Des actions ciblées afin de diminuer la transmission du SARM seront mises en place pour l'année 2011-2012. Celles-ci comprennent surtout des actions axées sur l'hygiène des mains, les mains étant le vecteur principal du SARM.

Pour nos centres d'hébergement, nous compilons les données lors d'éclosions, ce qui permet de faire certains constats qui nous mènent aussi vers un plan d'amélioration pour l'année à venir. Nous avons noté que les éclosions se prolongent dans le temps. Nous croyons donc qu'en améliorant certaines pratiques en prévention et contrôle des infections, il sera possible de diminuer l'étendue spatiotemporelle et le nombre de résidents atteints lors d'éclosions en 2011-2012.

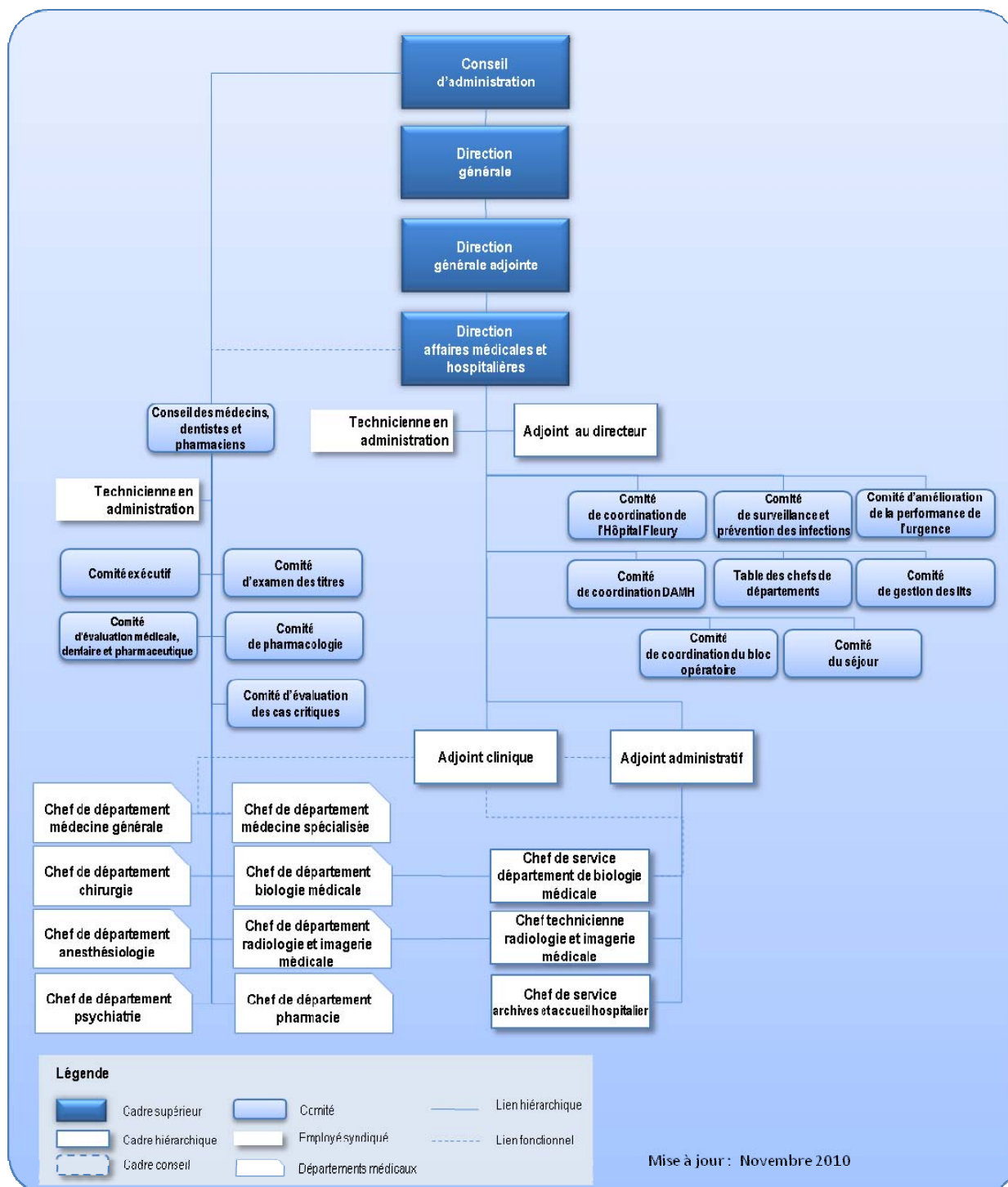
• Gestion des activités de remplacement

En décembre 2010, le secteur des activités de remplacement a été transféré de la Direction des ressources humaines et du développement organisationnel à la Direction des soins infirmiers. Toute l'équipe a donc été rapatriée à l'Hôpital Fleury. Tout un défi à relever !

Soulignons la grande collaboration de tous dans ce changement majeur marqué également par l'informatisation de la liste de rappel des préposés aux bénéficiaires de l'Hôpital Fleury ainsi que la centralisation de la liste de rappel des préposés aux bénéficiaires et des employés de bureau pour l'ensemble du CSSSAM-N.

Organigramme et faits saillants de l'année

Direction des affaires médicales et hospitalières (DAMH)



SERVICE DE L'ACCUEIL HOSPITALIER

Projet de centrale de rendez-vous

- Adoption d'une approche généraliste des commis des guichets 10 à 13 pour mettre fin au cloisonnement de responsabilités afin que ces quatre commis soient en mesure de répondre à la clientèle qui se présente sur place et puissent aussi traiter les demandes de rendez-vous téléphoniques. Cette nouvelle façon de faire nous a permis d'améliorer sensiblement l'accessibilité à la prise de rendez-vous téléphonique. De plus, certaines plages horaires ont été réaménagées dans le but de rendre l'offre de service plus efficiente.
- Les rendez-vous qui étaient octroyés aux cliniques externes ont été rapatriés à l'Accueil des cliniques externes. Cette nouvelle mesure fait suite au transfert d'heures en provenance de la Direction du programme de santé physique et direction des soins infirmiers.
- L'application *e-Rendez-vous* a été déployée en septembre 2010, ce qui a permis d'effectuer une meilleure gestion des rendez-vous.

Bilan comparatif des médicaments

Afin de prévenir les incidents et accidents liés aux médicaments, un processus a été établi afin d'obtenir une liste complète, précise et à jour des médicaments pouvant être utilisés à des fins d'ordonnances au moment de l'admission d'un usager, de son transfert vers différentes unités de soins et de la planification de son congé. Le Service de l'accueil hospitalier a été sollicité dans ce projet, notamment en s'acquittant de transmettre les demandes de profil médicamenteux aux pharmacies.

Guide du patient hospitalisé

En septembre 2010, nous avons débuté la distribution du guide du patient hospitalisé ainsi qu'un feuillet aide-mémoire. Ce guide d'accueil a été rédigé à l'intention de notre clientèle hospitalisée en vue de faciliter son séjour à l'Hôpital Fleury. Il regroupe des renseignements sur les différents services offerts ou mis à la disposition de notre clientèle.

Double identification

Suite à une recommandation d'Agrément Canada et du Collège des médecins du Québec, un système de double identification de la clientèle a été mis en place pour notre clientèle inscrite à l'Urgence. Cette identification se fait par le biais de la pose d'un bracelet jaune permettant l'identification des usagers, et ce, dès leur inscription à l'Urgence. Jusqu'à tout récemment, cette tâche était effectuée par l'infirmière au triage. Suite à une recommandation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, dans une perspective voulant que l'infirmière au triage consacre plus de temps au volet clinique et à l'évaluation du patient, cette tâche a été dévolue au Service de l'accueil hospitalier.

SERVICE DES ARCHIVES MÉDICALES

Dictée numérique

En septembre 2010, le système de dictée numérique proposé par la compagnie *Comdic* a été retenu à la suite d'un appel d'offres. Ce nouveau système, qui devrait être implanté au mois de mai 2011 suite au développement des diverses interfaces nécessaires à son fonctionnement, remplacera les trois systèmes que nous utilisons actuellement. Ce nouveau système de dictée numérique permettra, entre autres, d'effectuer du télétravail, de nous prémunir contre la perte de données, conséquence de l'obsolescence des différents systèmes que nous utilisons actuellement, et de ne plus être limité en terme d'espace de stockage.

Implication au projet OACIS

▪ Projet de numérisation des dossiers médicaux : doublons et formation sur les normes de saisie

Dans le cadre du projet OACIS, le volet de numérisation des dossiers médicaux nécessitait que nous procédions à l'élimination de tous les doublons qui sont contenus dans notre index-patient-maître. Une fois cet exercice complété, nous avons instauré une procédure afin de maintenir notre index exempt de tout élément pouvant compromettre à nouveau l'intégrité de cette base de données.

De plus, afin d'uniformiser les normes de saisies lors de l'inscription d'un usager dans nos index-patients locaux, nous nous sommes conformés aux normes de saisies provinciales édictées par le ministère de la Santé et des Services sociaux, lesquelles sont obligatoires pour tout établissement de santé. Conséquemment, pour assurer que la saisie de toutes les données relatives à l'identification d'un usager soit uniforme, tous les employés du CSSSAM-N appelés à faire de la saisie ont reçu une formation en regard de ces nouvelles normes. Un suivi journalier des doublons est effectué par le Service des archives médicales.

▪ Comité de réingénierie des formulaires

Le volet de la numérisation des dossiers médicaux du projet OACIS prévoit un exercice de réingénierie de tous les formulaires cliniques utilisés au sein du CSSSAM-N. Ainsi, en mai et juin 2010, nous avons répertorié tous ces formulaires. Par la suite, nous avons mis sur pied un comité de réingénierie des formulaires, dont l'objectif est de se prêter, avec les équipes concernées, à un exercice d'harmonisation, de rationalisation, de fusion et de normalisation de l'ensemble de l'inventaire des formulaires existants. De plus, suite à cet exercice et dans le contexte du déploiement d'OACIS, les règles régissant la création et la modification des formulaires seront modifiées et pour ce faire, nous sommes à mettre sur pied un comité d'approbation et de modification des formulaires qui seront versés au dossier médical.

DÉPARTEMENT D'IMAGERIE MÉDICALE

*Augmentation de 6,8 % du volume total d'examen en 2010-2011,
dont 15,3 % en ultrasonographie et 5,9 % en tomodensitométrie*

Des travaux majeurs ont été effectués afin d'aménager les nouveaux locaux pour l'installation du nouvel appareil d'imagerie par résonance magnétique qui nous a été livré en décembre 2010. L'installation et la mise en fonction des équipements pour la résonance magnétique ont fait en sorte que nous avons accueilli nos premiers patients en mars 2011. Il a également été nécessaire de mettre en place la structure de poste pour la résonance magnétique.

Nous avons procédé à une entente de service avec le CSSS Lucille-Teasdale pour les examens de tomodensitométrie dans le cadre de l'évaluation gériatrique de leur clientèle.

Une entente de service est également intervenue avec LIM Centre Radiologique Fleury pour un accès à des services d'imagerie médicale.

Nous avons participé aux travaux de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal sur le plan d'action régional dans le cadre du dossier du Ministère sur le mécanisme d'accès à l'imagerie médicale.

Enfin, nous avons procédé à la mise sur pied du comité d'amélioration continue de la qualité du Département d'imagerie médicale ainsi que du comité de santé et sécurité

DÉPARTEMENT DE PHARMACIE

816 806 transactions pharmaceutiques informatisées ont été complétées à la pharmacie de l'Hôpital Fleury comparativement à 802 126 transactions en 2009-2010, représentant une augmentation de 1,8 %

Le Département de pharmacie a été impliqué dans de nombreux projets tels que :

- Participation au projet SARDM - phase 2 du Ministère et de l'Agence de Montréal (projet des cabinets automatisés de distribution des médicaments)
- Déploiement de l'automate *Pacmed* pour le Centre d'hébergement Laurendeau
- Implantation de la distribution unitaire en sachets regroupés au Centre d'hébergement Paul-Lizotte
- Visite d'inspection professionnelle de l'Ordre des pharmaciens du Québec pour le volet de la préparation des produits stériles (SCAS)
- Contrat de service avec la pharmacie IV Tech pour la préparation des produits stériles
- Élaboration d'une ordonnance collective pour l'ajustement des doses d'antibiotiques P.O.
- Actualisation du plan d'action pour l'équipe de gestion des médicaments d'Agrément Canada et mise en application des pratiques organisationnelles requises
- Approbation par le conseil d'administration du nouveau règlement sur l'émission et l'exécution des ordonnances
- Révision du règlement régissant les orientations et les activités du Département de pharmacie
- Mise sur pied d'un programme de formation pour les assistants-techniques en pharmacie qui participent au bilan comparatif des médicaments
- Embauche de deux nouvelles pharmaciennes pour le volet hébergement
- Accueil de stagiaires étudiants en pharmacie et d'assistants-techniques en pharmacie
- Participation active des pharmaciens aux différents comités du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- Participation des pharmaciens et des assistants-techniques en pharmacie à des programmes de formation continue
- Organisation du colloque annuel du Département de pharmacie 2010
- Obligation de recourir à des pharmaciens d'une agence privée pour assurer la continuité des services et des soins pharmaceutiques
- Évaluation annuelle des employés du département et diverses activités de recrutement

DÉPARTEMENT DE BIOLOGIE MÉDICALE

La relocation du Département de biologie médicale s'est effectuée du 27 septembre au 8 octobre, secteur par secteur, de façon bien structurée et sans bris de service ni de délai indu.

Nous avons poursuivi les travaux sur les plans d'action des non-conformités d'Agrément Canada : 20 % sont réalisés.

La configuration des analyses effectuées à l'extérieur dans le logiciel *Omnilab* et la numérisation des rapports de ces analyses sont en voie d'être complétées.

Nous avons procédé au recrutement d'une institutrice clinique avec expérience considérable en laboratoire médical qui accueillera des stagiaires en technique d'analyses biomédicales provenant du Collège de Rosemont dès avril 2011, à raison de 26 semaines de stages annuellement par bloc de 4 à 6 semaines, avec trois stagiaires par bloc.

En regard de l'acquisition d'équipements, notons : un appareil automatisé de lecture de sédimentation, un incubateur de 30 pieds cubes, un incubateur à CO2 et une centrifugeuse de table.

Nous comptons poursuivre ou initier les travaux suivants au cours du prochain exercice :

- En prévision de la visite d'agrément qui aura lieu en mai 2011, poursuivre les travaux sur les plans d'action des non-conformités d'Agrément Canada
- Finaliser la configuration des analyses effectuées à l'extérieur dans le logiciel *Omnilab* et la numérisation des rapports de ces analyses
- Réactiver le comité interdisciplinaire sur les analyses de biologie délocalisées
- Réviser l'ensemble des formulaires de requêtes d'analyses dans un but de normalisation
- Acquisition d'équipement : 4 microscopes, un appareil à gaz sanguin, un appareil à identification bactérienne et antibiogramme, un appareil à hémoculture, un colorateur immuno-histochimique, 4 fauteuils à prélèvements ergonomiques, un congélateur à plasma, 2 centrifugeuses de table réfrigérée, un microtome, un colorateur de lames, un sérofuge, 3 bains d'étalement, une cytocentrifugeuse et un bain-marie.

PROJET DE LA DIRECTION DES AFFAIRES MÉDICALES ET HOSPITALIÈRES (2010-2011)

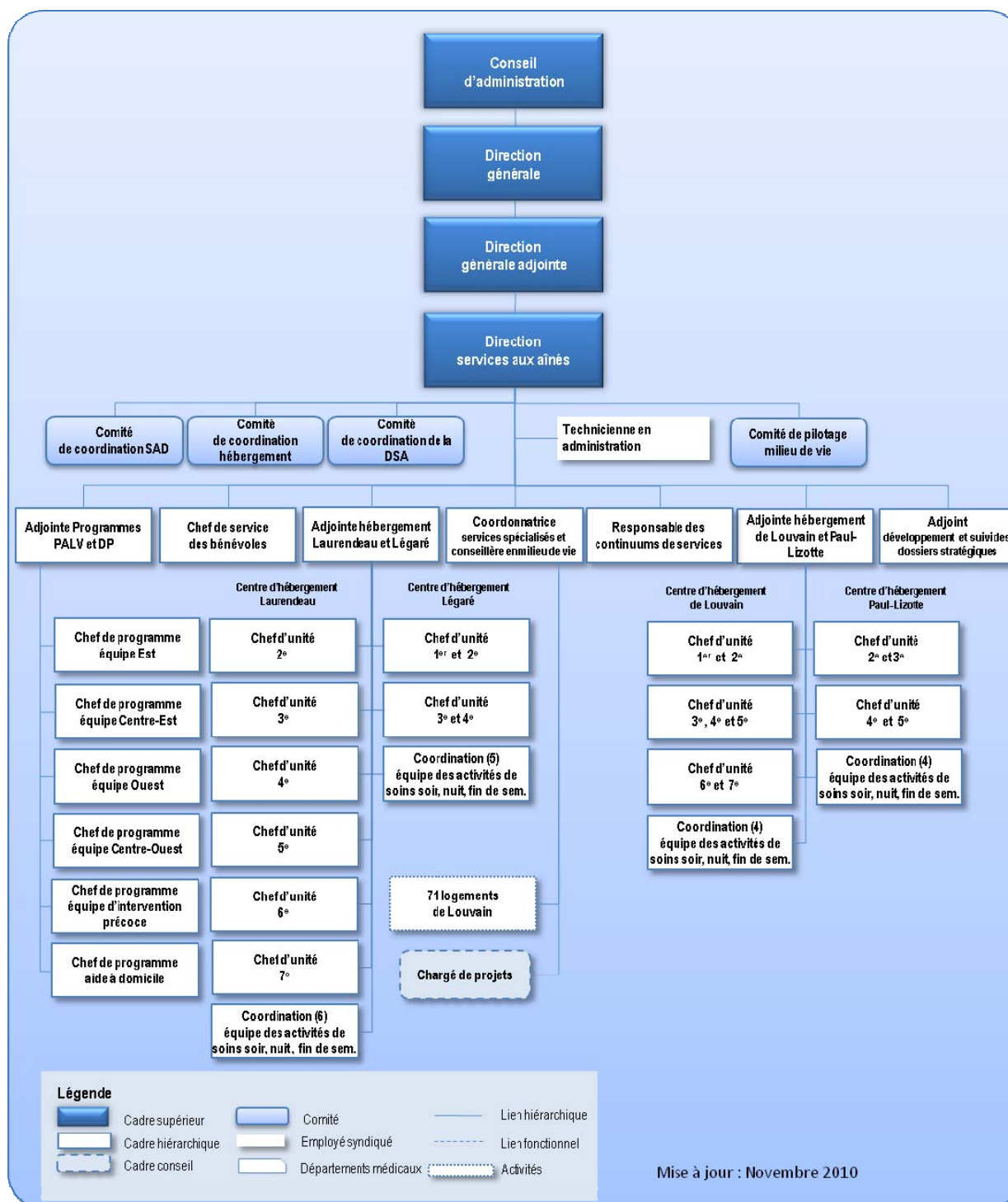
Projets complétés ou en cours

Équipements médicaux en maintien d'actifs

Équipements médicaux avec autorisation d'acquisition (subvention de l'Agence de Montréal)	
complété	Équipements médicaux A (H1N1) - CSSSAM-N
complété	Équipements SARDM (portion restante à la charge du CESSAM-N) Centre d'hébergement et Hôpital
en cours	Système de dictée numérique - Hôpital Fleury
complété	Bronchoscope (type 180) - Hôpital Fleury
complété	Tables d'examens (incluant les priorités 14 et 15) - Hôpital Fleury
complété	Otoscopes / Ophtalmoscopes électroniques (2 ^e année sur 3) - CLSC
complété	Moniteurs physiologiques sur roues (9) - CLSC
complété	Audiomètre (1) - CLSC
complété	Incubateur pour milieux de culture (service de microbiologie) - Hôpital Fleury
complété	Chaises ciseaux et opérateurs avec système d'éclairage (6) - CLSC
complété	Pompes à gavage (3) - Hôpital Fleury
complété	Système de lames pour laryngoscope - Hôpital Fleury
complété	Pacemaker externes (2) - Hôpital Fleury
complété	Spiromètre (1) et capnomètre (1) portables - Hôpital Fleury
complété	Lits électriques, lève-patients, civières, etc.) - Centre d'hébergement et Hôpital
complété	Instruments pour élimination du Flash en gynécologie - Hôpital Fleury
complété	Centrifugeuse (remplacement en urgence) - Hôpital Fleury
en cours	Congélateur pour plasma - Hôpital Fleury
en cours	Centrifugeuse de table réfrigérée (service de microbiologie) - Hôpital Fleury
en cours	Microtome (1) laboratoire de pathologie - Hôpital Fleury
en cours	Analyseur à gaz sanguins - Hôpital Fleury
en cours	Colorateur de lames (laboratoire d'hématologie) - Hôpital Fleury
en cours	Serofuge (centrifugeuse spécialisée pour la banque de sang) - Hôpital Fleury
en cours	Dermatome complet (électrique ou à air comprimé) - Hôpital Fleury
en cours	Appareil à identification bactérienne et pour antibiogramme - Hôpital Fleury
en cours	Appareil pour hémoculture - Hôpital Fleury
en cours	Matelas-hypothermie / hyperthermie (1) - Hôpital Fleury
en cours	Moteurs (2) pour la chirurgie orthopédique (incluant la priorité 22) - Hôpital Fleury

Organigramme et faits saillants de l'année

Direction des services aux aînés (DSA)



La Direction des services aux aînés regroupe deux programmes-services : le programme personne en perte d'autonomie liée au vieillissement et le programme déficience physique. Près de mille intervenants de toutes disciplines assurent une prestation de soins et services à la clientèle dans les CLSC d'Ahuntsic et de Montréal-Nord, dans les ressources intermédiaires Ahuntsic et Harmonie Nature, dans l'unité de convalescence Navarro ainsi que dans les centres d'hébergement de Louvain, Laurendeau, Légaré et Paul-Lizotte.

• Services de soutien à domicile pour les personnes en perte d'autonomie

Les services de soutien à domicile s'adressent à des personnes en perte d'autonomie. La nature des services et leur durée varient en fonction de l'évaluation des besoins de la clientèle. Nous avons desservi 6 471 usagers différents cette année, pour un total de 236 240 interventions. Les services sont dispensés principalement aux personnes âgées en perte d'autonomie, aux personnes requérant des services de santé physique à court terme et aux personnes ayant une déficience physique.

Quelques données sur les services de soutien à domicile, 2010-2011

	Nombre d'usagers différents	Nombre d'interventions	Nombre d'interventions par usager
Soins infirmiers	4 853	68 123	14,04
Aide à domicile	2 077	131 770	63,44
Interventions psychosociales	2 187	23 148	10,58
Réadaptation (physio et ergo)	1 745	12 568	7,20
Nutrition	219	631	2,88
Total (nombre d'usagers différents et nombre d'interventions)	6 471	236 240	36,51

Nous constatons une augmentation de 34 % chez la clientèle qui a bénéficié de mesures spécifiques pour retourner à domicile. Plus de 410 personnes ont bénéficié des mesures de désengorgement des urgences, des services intensifs de soutien à domicile ou d'un suivi spécifique suite à une chirurgie de remplacement de la hanche ou du genou.

La ressource de convalescence de 15 lits, développée en partenariat avec la Résidence Navarro, a accueilli 216 personnes référées par l'Hôpital Fleury. La durée moyenne de convalescence a été de 21 jours et 77 % des personnes ont pu retourner à leur domicile. Le CSSS est responsable des services professionnels pour cette clientèle inscrite au soutien à domicile.

• Certification des résidences pour personnes âgées

La certification des résidences pour personnes âgées, exigée par la Loi 83, définit les liens de collaboration au chapitre des actes délégués par nos infirmières au personnel des résidences privées avec lesquelles un protocole est signé. Par ces ententes, nous assurons un meilleur suivi des soins offerts aux personnes âgées inscrites au soutien à domicile et un soutien à nos partenaires. Sur notre territoire, 28 résidences ont reçu leur certification de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. De ce nombre, 23 ont un protocole d'entente avec le CSSSAM-N car elles offrent des services de soins ou d'assistance qui nécessitent une supervision par nos équipes de soins infirmiers.

• Développement du réseau de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA)

La création d'une table des partenaires est l'un des mécanismes de coordination privilégié par la Direction des services aux aînés. Ce groupe de travail, qui regroupe près de 20 participants provenant des organismes institutionnels, communautaires ou privés, assure le suivi des préoccupations exprimées lors du *Forum sur le continuum de services pour les personnes âgées* que nous avons organisé au printemps 2010. Un plan d'action a été convenu et les priorités retenues sont :

- L'intégration des personnes âgées dans la communauté, particulièrement celles qui se retrouvent dans les ressources intermédiaires
- La création d'un guide de ressources pour les partenaires et les personnes âgées
- La contribution essentielle des bénévoles dans les services offerts aux aînés et les enjeux reliés à la relève et à leur implication

Une des composantes du réseau de services intégrés aux personnes âgées est la solution informatique RSIPA, qui devrait faciliter l'évaluation des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie et le partage de l'information au sein des équipes multidisciplinaires. L'intervenant sera en mesure d'évaluer les besoins de la personne âgée à son domicile à partir d'un portable, plutôt que d'utiliser un formulaire papier.

• Développement de ressources intermédiaires pour les personnes âgées en perte d'autonomie

Les ressources intermédiaires, issues d'un partenariat public-privé, favorisent l'hébergement des personnes en perte d'autonomie nécessitant moins de 3 heures soins par jour. Une entente contractuelle lie ces résidences avec le CSSSAM-N qui, pour sa part, assure la prestation des services professionnels, la qualité du milieu de vie et la sécurité des personnes. L'offre de service s'est améliorée cette année avec l'ouverture en juin 2010 de la Ressource intermédiaire Ahuntsic qui accueille 78 personnes âgées en perte d'autonomie inscrites au programme de soutien à domicile. Ainsi, au 31 mars 2011, le CSSSAM-N compte un total de 94 places en ressources intermédiaires. D'autres projets sont en développement. D'ici le printemps 2012, ce sont 99 places pour les personnes âgées et 27 places pour les personnes de moins de 65 ans ayant un profil gériatrique qui devraient voir le jour. Notre territoire disposera alors de 220 places en ressources intermédiaires. L'orientation des personnes âgées en perte d'autonomie vers les ressources intermédiaires est la responsabilité du Service régional d'admission de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

• Amélioration de la qualité des soins et du milieu de vie dans les centres d'hébergement de Louvain, Laurendeau, Légaré et Paul-Lizotte

Les 1^{er} et 2 juin 2010, nous avons reçu une visite ministérielle au Centre d'hébergement Légaré. Cette visite fait partie d'un processus d'appréciation de la qualité du milieu de vie en fonction des orientations ministérielles. Quinze recommandations ont été émises par les visiteurs et celles-ci ont fait l'objet d'un plan d'action. Ces nouvelles recommandations s'inscrivent dans un plan d'amélioration continue de la qualité pour tous nos centres d'hébergement. Les quatre centres d'hébergement du CSSSAM-N ont été visités.

Nous avons initié un projet majeur de réorganisation du travail dans nos quatre centres d'hébergement. Le but visé est d'optimiser l'organisation des soins infirmiers et d'assistance et du travail afin de mieux répondre aux besoins croissants de la clientèle hébergée, tout en améliorant la qualité du milieu de vie des résidents et la qualité du milieu de travail pour ceux et celles qui oeuvrent auprès de cette clientèle. En collaboration avec la Direction des soins infirmiers, des observations temps et mouvements ont été réalisées et des équipes terrain ont pu exprimer les difficultés rencontrées et surtout identifier les solutions à mettre de l'avant pour assurer une meilleure organisation du travail.

Cet exercice se poursuivra au cours de la prochaine année. Cette réorganisation reposera sur les meilleures pratiques et les données probantes et elle tiendra compte des spécificités de chacun de nos centres d'hébergement et des ressources disponibles.

Comme à chaque année, des travaux d'amélioration et des achats d'équipement ont été réalisés pour améliorer le confort des résidents et assurer une prestation sécuritaire des soins et services. Soulignons la contribution de la Fondation du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord pour l'achat de lits électriques.

• **Table intersectorielle de prévention de l'abus chez les aînés**

Un premier pas dans la bonne direction !

Le phénomène de l'abus et de la maltraitance chez les aînés est répandu, mais peu dénoncé. Il emprunte des chemins sinueux qui s'étendent de la maltraitance à l'abus psychologique, en passant par l'abus financier. C'est pourquoi la concertation des principaux acteurs est si importante. Cette table, initiée par la Direction des services aux aînés, s'est donnée comme principal objectif de mobiliser les différentes ressources de la communauté et du CSSS afin de contrer efficacement l'abus et la maltraitance chez les aînés. Un plan d'action 2010-2013 a été adopté et il comporte des actions de sensibilisation auprès du grand public et des mesures ciblées auprès des personnes vulnérables pour faciliter le dépistage et l'accès au soutien.

• **Programme d'hébergement pour évaluation et orientation (programme 68)**

Le développement du programme d'hébergement pour évaluation et orientation s'est poursuivi cette année. Cette mesure vise à permettre aux personnes âgées qui ont terminé leur épisode de soins actifs en milieu hospitalier de bénéficier d'un milieu de vie plus adapté pendant que se poursuit l'évaluation globale de leurs besoins. Actuellement, 17 lits sont dédiés à ce programme au Centre d'hébergement Légaré et 10 autres lits sont situés au Centre d'hébergement Laurendeau. Au cours de la prochaine année, 15 lits vont s'ajouter, pour un total de 42 lits d'hébergement pour évaluation et orientation dans notre CSSS.

C'est l'équipe de soutien à domicile qui initie l'évaluation des personnes âgées à l'hôpital dont la fin des soins actifs est annoncée et dont le retour à domicile est compromis en raison d'une perte d'autonomie importante. Les personnes orientées dans ces lits proviennent des hôpitaux dont les unités de soins de longue durée ont été fermées, dont l'Hôpital Fleury, et elles résident sur notre territoire. Nous avons accueilli cette année 138 personnes et la durée moyenne de séjour a été de 45 jours. Après évaluation, 87 % de ces personnes ont été orientées dans un centre d'hébergement. Un faible pourcentage a été en mesure de retourner à domicile avec des services de soutien à domicile.

Un feuillet d'information sur ce programme a été produit à l'intention de la clientèle et de leurs proches.

• **Le bénévolat au CSSSAM-N**

Le bénévolat, un engagement du cœur !

Le Service des bénévoles a intensifié son recrutement via les écoles et les centres d'action bénévole, notamment par le biais du site Internet du Centre d'action bénévole de Montréal. Plus de 330 appels pour s'informer sur le bénévolat ont été reçus : 41 % de la part d'étudiants, 9 % de nouveaux arrivants et 8 % de retraités, donnant lieu à plus de 123 entrevues de recrutement. Le bénévolat au sein du CSSSAM-N offre la possibilité aux jeunes d'acquérir de l'expérience, aux nouveaux arrivants de s'intégrer à leur communauté et aux retraités de s'investir dans un projet de vie. Leur but commun étant de côtoyer des personnes âgées et de vivre une expérience enrichissante.

Lors de la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière à l'automne 2010, plus de 88 bénévoles étaient présents pour accueillir la clientèle ou pour aider à la circulation des personnes durant les étapes de vaccination. De ce nombre, 44 % étaient des étudiants et 47 % du total des bénévoles ont offert plus de deux présences. Ce coup de main totalise une présence de 696 heures pour la seule campagne de vaccination. Ces personnes ont répondu à 93 % qu'elles recommanderaient l'expérience à leurs connaissances.

Au 31 mars 2011, nous comptons 258 personnes inscrites au Service des bénévoles, mais en cours d'année, c'est plus de 373 bénévoles qui ont contribué, pour un total de 33 630 heures de bénévolat dans nos centres d'hébergement et à l'Hôpital Fleury. Le taux de roulement d'inscription bénévole est de 49 %. Plus de 20 % d'étudiants ont fait du bénévolat dans le cadre de leurs études ou pour découvrir le réseau de la santé. Soulignons la contribution de dix étudiants d'une faculté de médecine.

Une expérience de bénévolat la plus positive possible pour le bénévole et la plus bénéfique à l'usager !

Tous les efforts sont déployés pour offrir un accueil approprié et un encadrement efficace aux nouveaux bénévoles. La description des tâches dans certains secteurs d'activités a été redéfinie, notamment la présence des bénévoles sur les unités de soins, le rôle au soutien spirituel et l'accueil dans les salles d'attente de l'hôpital. La liste des bénévoles est régulièrement mise à jour et disponible aux répondants des bénévoles, et ce, par le biais d'un accès sécurisé. Le Service des bénévoles publie cinq fois l'an un bulletin d'information sur le développement des services, les notions de sécurité et les événements s'adressant aux bénévoles. Deux rencontres d'information ont été offertes aux bénévoles, dont une sur la prévention des infections en octobre et une deuxième visant la sensibilisation à la maladie de Parkinson en mars.

■ Les associations des bénévoles

L'Association des bénévoles du Centre d'hébergement Laurendeau, l'Association des bénévoles du Centre d'hébergement Paul-Lizotte et l'Association des bénévoles *Présence-Amie* de l'Hôpital Fleury sont de véritables sources d'amélioration de la qualité de vie tant pour les usagers, les familles et les employés. Elles ont collaboré à agrémenter l'été 2010 des usagers grâce à l'embauche d'étudiants en animation dans le cadre des subventions d'embauche Carrière Été.

Une subvention du programme « *Du cœur à l'action* » du ministère de la Famille et des Aînés a permis à l'Association des bénévoles du Centre d'hébergement Laurendeau d'initier un atelier d'information pour les familles et les proches des résidents vivant avec une démence de type Alzheimer.

L'Association des bénévoles du Centre d'hébergement Paul-Lizotte a organisé des activités non seulement de financement, mais surtout d'animation pour le milieu de vie, dont la journée de l'amitié à la Saint-Valentin et son tirage printanier.

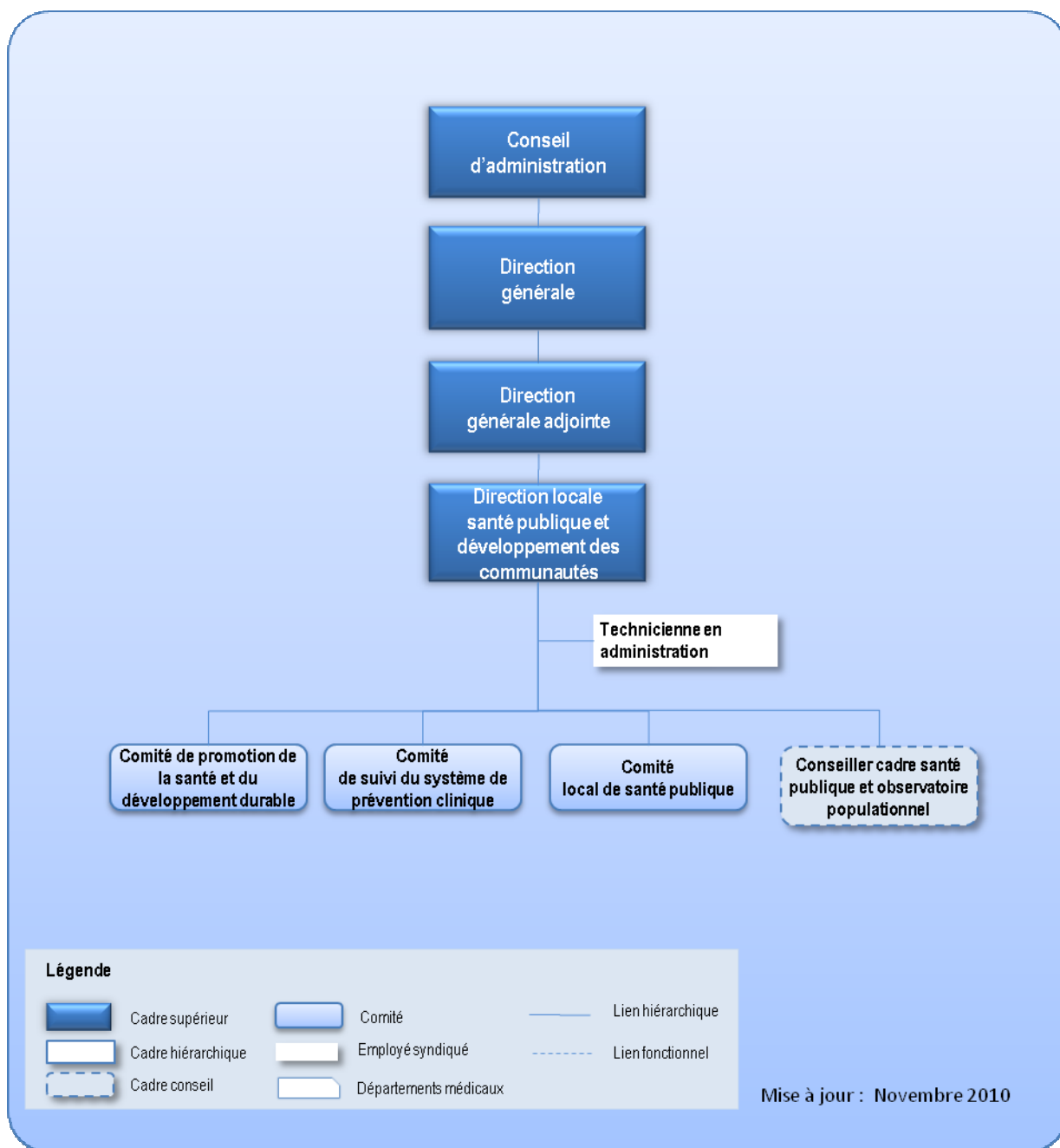
Présence-Amie de l'Hôpital Fleury a réorganisé ses activités dans ses nouveaux locaux situés au sous-sol. Cet exercice a permis de mettre en valeur le chariot de vente de livres usagés dans le hall d'entrée et le chariot de cantine mobile avec des collations santé. Par le biais de ces activités de vente, les bénévoles accueillent les usagers, les familles et le personnel, offrent une écoute et animent le milieu de travail.

Reconnaître l'engagement de nos bénévoles !

En décembre, des fêtes ont été organisées pour les bénévoles dans les centres d'hébergement et à l'hôpital. Durant la semaine de l'action bénévole, une fête de reconnaissance a réuni 131 bénévoles sous le thème « *Bénévole pour la vie!* ». Une tradition visant à souligner l'engagement de l'ensemble des bénévoles, mais plus particulièrement l'engagement de ceux et celles qui cumulent 5 ans et 10 ans de bénévolat. Toutes nos activités de reconnaissance servent à remercier nos bénévoles mais aussi à consolider les équipes.

Organigramme et faits saillants de l'année

Direction locale de santé publique et du développement des communautés (DLSPDC)



La Direction locale de santé publique et du développement des communautés (DLSPDC) réalise son mandat dans le cadre plus large de la mission du CSSS qui consiste à maintenir et à améliorer l'état de santé et de bien-être de la population, selon l'approche populationnelle.

La DLSPDC voit à la mise en place du système de prévention clinique sur le territoire et aux services de référence que sont le centre d'éducation de la santé et le centre d'abandon du tabagisme, au déploiement de l'approche *Écoles et milieux en santé*, au déploiement de l'observatoire populationnel ainsi qu'aux actions de soutien des communautés et des personnes qui les composent et des réseaux d'aide et d'entraide par le biais de l'organisation communautaire.

De plus, elle a pour mandat d'orienter et de coordonner les activités de santé publique réalisées à l'échelle du réseau local de services, en collaboration avec les autres directions cliniques. Pour ce faire, elle doit susciter, favoriser et animer les collaborations requises pour actualiser son mandat. Plus spécifiquement, elle élabore et gère le plan d'action local de santé publique (PAL), effectue le suivi budgétaire des activités locales de santé publique, participe à l'identification des activités de prévention qui devraient être intégrées aux autres programmes et assure les liens avec le PAL, collabore à l'identification et à l'interprétation des problèmes de santé de la population et de ses facteurs déterminants afin de mettre en place les mesures nécessaires pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population, contribue au développement d'une culture de promotion de la santé et de prévention dans l'organisation, préconise une approche de collaboration ou de partenariat interprofessionnelle et intersectorielle à l'interne, comme dans le réseau local de services ainsi qu'auprès des partenaires et collaborateurs régionaux et coordonne les activités de mise en œuvre de la *Politique de promotion de la santé et du développement durable* du CSSSAM-N.

• Plan d'action local de santé publique 2010-2015

Le Plan d'action local de santé publique 2010-2015 (PAL) a été adopté par le conseil d'administration le 23 novembre 2010. Ce document comprend cinq orientations. La présentation de chaque orientation est précédée d'une description plus fine des groupes ciblés, du bien-fondé des interventions privilégiées, du chemin parcouru depuis le dernier PAL 2005-2006, du chemin à parcourir, des objectifs, des activités, des porteurs et des collaborateurs et enfin des indicateurs de mise en œuvre. Il s'agit d'un document de référence guidant la réalisation du PAL au cours des cinq prochaines années.

• Vaccination contre la grippe saisonnière

La campagne de vaccination 2010-2011 contre la grippe saisonnière a connu une diminution de l'ordre de 18 % (8 272 usagers), comparativement à 2008-2009 (10 117 usagers) qui constitue notre année de référence. En effet, la pandémie 2009-2010 a été une année exceptionnelle, puisque nous avons vacciné plus de 85 000 citoyens contre la grippe A(H1N1).

• Promotion de la santé et du développement durable

Plusieurs activités ont été réalisées dans le cadre du plan d'action de promotion de la santé et du développement durable 2010-2015, un « *CSSSAM-N en santé, ou'Vert sur sa communauté et sur le monde* ».

Volet interne du PAL 2010-2015 – Plan d'action 2010-2011

Nous avons planifié 35 mesures et en avons réalisé la majorité, soit 21 :

- Favoriser la saine alimentation : 9 activités réalisées sur 10
- Favoriser l'activité physique : 4 activités réalisées sur 6

- Gestion du stress : 2 activités réalisées sur 4
- Réduction de l'empreinte écologique = 6 activités réalisées sur 15 (certaines activités seront réalisées sur plusieurs années)

Volet externe du PAL 2010-2015 – Plan d'action 2010-2011

- Collaboration avec notre partenaire, l'arrondissement Montréal-Nord, concernant des actions d'influence pour des politiques d'aménagements urbains favorables aux déplacements sécuritaires (réfection de l'échangeur Pie-IX/Henri-Bourassa)
- Participation à la campagne *DÉFI CLIMAT* organisée par *Équiterre* et la *Conférence régionale des élus de Montréal*
- Soutien aux promoteurs de projets « *Quartiers 21* » sur le territoire
- Présence aux deux tables « *Paix et sécurité* » des arrondissements afin d'influencer l'implantation de mesures adéquates d'apaisement
- Au plan de la sécurité alimentaire :
 - Participation au comité d'action sur la sécurité alimentaire (CASA) relativement à la concertation pour des projets durables de sécurité alimentaire à Montréal-Nord
 - Soutien et participation aux marchés publics d'Ahuntsic

• Observatoire populationnel local

*Mieux connaître pour mieux intervenir
sur la santé et le bien-être de la population*

Connaître l'état de santé de sa population et les facteurs qui l'influencent crée une valeur ajoutée quand il s'agit de planifier des services pour la population de notre territoire. Cette façon de faire contribue à offrir des services mieux adaptés en fonction des besoins objectifs de santé. L'observatoire populationnel local est un outil développé par notre direction pour rendre accessible aux gestionnaires et intervenants une multitude d'informations sur les caractéristiques de la population de notre territoire. De nombreuses actions en lien avec la diffusion de l'observatoire populationnel sur l'intranet ont été réalisées :

- Diffusion de plus de 200 fiches d'indicateurs portant sur l'état de santé et ses facteurs déterminants, démographiques, socioéconomiques ou sociosanitaires
- Mise à jour de plus de 70 références pertinentes en lien avec la mission, le mandat et les responsabilités du CSSS et relatives à la surveillance de l'état de santé de la population
- Diffusion d'un article mensuel et d'un *quizz* dans *le Cercle* pour promouvoir l'Observatoire
- Diffusion de l'Observatoire sur la page web du CSSSAM-N (site Internet)
- Présentation de l'Observatoire au sein du comité régional des utilisateurs d'informations sociosanitaires (CRUIS) et dans deux CSSS (CSSS de Bordeaux-Cartierville - Saint-Laurent et CSSS de Saint-Léonard et Saint-Michel)
- Soutien méthodologique aux CSSS qui désirent se doter de notre modèle d'observatoire

La DLSPDC a produit des données populationnelles, fourni des conseils professionnels en santé publique et en développement des communautés, participé aux instances régionales de producteurs d'informations sociosanitaires, entre autres :

- Conseils méthodologiques dans la planification des interventions locales en santé publique
- Production d'un sondage chez les élèves du primaire et du secondaire (plus de 2 800 répondants) en partenariat avec l'arrondissement d'Ahuntsic-Cartierville et la commission scolaire de Montréal

- Présentation des résultats auprès des gestionnaires de la commission scolaire de Montréal et de l'arrondissement pour des fins de planification des besoins dans le cadre plus large du programme *Écoles et milieux en santé*
- Production de statistiques socioécodémographiques et de portraits de santé spécifiques pour différentes directions et programmes-clientèles-services du CSSSAM-N et à l'externe : le portrait dynamique des aînés, le portrait des naissances pour l'équipe des services intensifs en périnatalité et petite enfance (SIPPE)

• **Système de prévention clinique**

Le système de prévention clinique a comme premier objectif de faciliter l'intégration de pratiques cliniques préventives telles que recommandées par le Programme national de santé publique auprès des professionnels de la santé de 1^{re} ligne afin d'améliorer l'état de santé de la population de Montréal.

- Counseling sur les habitudes de vie, le dépistage et le suivi de l'hypertension artérielle et le dépistage du cancer du sein par la promotion du programme québécois du dépistage du cancer du sein (PQDCS) auprès des médecins
- Soutien des activités cliniques préventives :
 - Visites de l'infirmière-conseil en prévention clinique dans cinq cliniques médicales et nos deux CLSC
 - Distribution de quatre infolettres aux professionnels de la santé de 1^{re} ligne leur présentant entre autres des outils de promotion de saines habitudes de vie et de suivi de la tension artérielle
 - Participation de deux groupes de médecins du territoire à la formation sur l'hypertension artérielle donnée par le Dr Pierre Larochelle, permettant de rejoindre 20 participants
 - Tenue d'un kiosque de promotion du système de prévention clinique lors de l'assemblée générale de la table locale du Département régional de médecine générale (DRMG)
 - Deux rencontres avec les infirmières des groupes de médecine de famille (GMF)
 - Visites dans toutes les pharmacies communautaires pour favoriser les références au centre d'éducation pour la santé et au centre d'abandon du tabagisme
 - Suite à un portrait des activités préventives réalisées par les professionnels dans un groupe de médecine de famille (GMF), un plan d'action spécifique à ce GMF a été présenté et les activités sont en voie de réalisation

• **Centre d'éducation pour la santé et autres activités de promotion de saines habitudes de vie**

Le centre d'éducation pour la santé est un service de consultation individuelle qui, par le biais d'une intervention axée sur la motivation, favorise l'adoption de saines habitudes de vie, principalement la saine alimentation et la pratique de l'activité physique. Mis en place au printemps 2007, ce service a connu divers développements de sorte qu'il se décline maintenant en sous-programmes dont les contenus sont adaptés pour répondre à des besoins spécifiques des clientèles. À cela s'ajoutent les activités communautaires de promotion de saines habitudes de vie dont voici le bilan ci-après.

Activités communautaires en promotion de saines habitudes de vie

Les activités communautaires comprennent des capsules santé sur l'alimentation et l'activité physique, des kiosques et des évaluations de la condition physique en groupe. Pour l'année 2010-2011, ces activités ont permis de rejoindre 106 usagers.

Le centre d'éducation pour la santé

Pour l'année 2010-2011, nous avons rencontré 271 usagers, ce qui représente une augmentation de 40 % par rapport à l'année précédente. L'objectif en 2015 est de rencontrer 400 usagers.

Le centre d'éducation pour la santé +

Ce programme est en continuité avec le centre d'éducation pour la santé afin de soutenir de façon plus intense les démarches de changements des habitudes de vie des usagers. Ce service bonifié comprend deux volets : volet nutrition et volet activité physique. Dans chacun des volets, les usagers ont accès à une évaluation plus poussée avec des spécialistes : une nutritionniste pour le volet nutrition et un kinésiologue pour le volet activité physique. Par la suite, cinq ateliers de groupe proposent aux usagers divers outils pour les soutenir dans leur démarche. À la fin, une rencontre individuelle permet de valider les apprentissages effectués et d'établir un plan d'action à plus long terme. Pour l'année 2010-2011, nous avons formé quatre groupes pour le volet nutrition et un groupe pour le volet activité physique, permettant ainsi de rejoindre 48 usagers.

Programme *Choisir de maigrir ?*

En continuité avec le centre d'éducation pour la santé, le programme *Choisir de maigrir ?* s'adresse aux femmes qui ont une préoccupation excessive face à leur poids ou une relation difficile avec la nourriture. Par une approche biopsychosociale, *Choisir de maigrir ?* aide les femmes à prendre une décision éclairée face à la gestion de leur poids corporel, tout en valorisant l'adoption de saines habitudes alimentaires et une pratique régulière de l'activité physique. En 2010-2011, un groupe a été démarré sur notre territoire.

Centre d'excellence en gestion des maladies chroniques

Bien que le centre d'excellence ne relève pas directement de la Direction locale de santé publique et du développement des communautés, notons que des liens étroits se sont formés avec le centre d'éducation pour la santé, notamment en ce qui a trait à l'activité physique.

Après quatre ans, le continuum de services se dessine autour des saines habitudes de vie : activités communautaires pour l'offre de service à la population en général, centre d'éducation pour la santé pour l'intervention de base en saines habitudes de vie, centre d'éducation pour la santé +, programme *Choisir de maigrir ?* et centre d'excellence en gestion des maladies chroniques pour des besoins plus spécifiques.

• Centre d'abandon du tabagisme

Sans intervenir entre les périodes 3 et 8 inclusivement, nous avons soutenu les résidents de notre territoire en les invitant à participer au groupe de cessation tabagique du CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint Laurent. Aussi, la clientèle était invitée à laisser un message dans la boîte vocale pour permettre un retour d'appel : toutes les personnes ont été rappelées et certaines ont été référées vers des centres d'abandon du tabagisme de territoires limitrophes et d'autres, à leur demande, ont été mises sur une liste d'attente et rencontrées lors de l'entrée en fonction de la nouvelle intervenante. À la suite de l'entrée en fonction de la nouvelle intervenante à la période 9, nous avons reçu 42 références comparativement à 39 pour les mêmes périodes de l'année précédente. Au total, nous avons reçu 91 références pour l'année 2010-2011.

• Organisation communautaire

Les organisateurs communautaires ont investi beaucoup d'énergie à la réalisation du *cadre de référence et de pratique en organisation communautaire*. Ce document, adopté par le conseil d'administration en septembre 2010, comprend un cadre de référence et un cadre de pratique. Il est disponible sur l'intranet.

Les organisateurs communautaires ont bénéficié d'une formation afin d'élaborer la planification stratégique en organisation communautaire pour la période 2011-2015. Cet exercice a permis d'identifier quatre axes, 11 orientations et plus de 65 mandats pour les neuf organisateurs communautaires. Ceux-ci constituent les priorités au cours des prochaines années.

D'autre part, les activités régulières se sont poursuivies intensivement : le soutien aux organismes du milieu, le soutien aux programmes de santé publique et les actions transversales sur les déterminants de la santé (*Écoles et milieux en santé*, Services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE)), la contribution aux programmes clientèles du CSSS (Services à domicile, Santé mentale) et notre participation au développement local et au développement des communautés (lieux de concertation). À cet effet, nous avons signé trois lettres d'engagement. Nous avons également appuyé 16 demandes. Nous avons fait parvenir une lettre de reconnaissance à un organisme. Enfin, dans seulement deux cas, nous n'avons pu répondre à la demande de soutien qui nous avait été adressée.

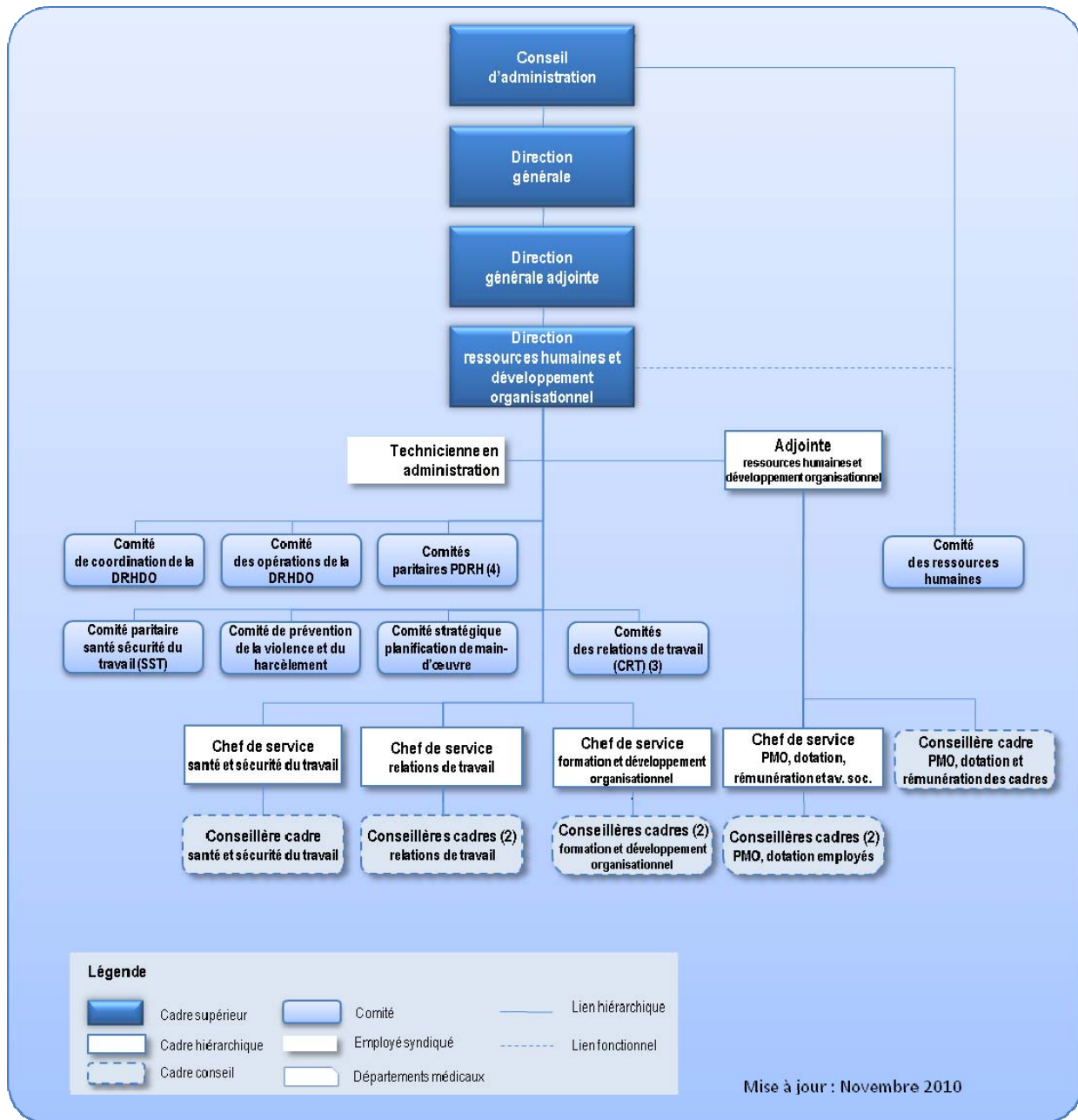
- **Programme québécois de dépistage du cancer du sein**

Le programme québécois de dépistage du cancer du sein fait partie des priorités du plan d'action local en santé publique 2010-2015 et nous avons débuté sa mise en œuvre :

- Présentation du portrait du programme québécois de dépistage du cancer du sein en décembre 2010
- Formation d'un groupe de travail afin d'identifier le mandat et les responsabilités
- Phase initiale d'élaboration du plan d'action

Organigrammes et faits saillants de l'année

**Direction des ressources humaines et du
développement organisationnel (DRHDO)**



NOS RESSOURCES HUMAINES

Le CSSSAM-N peut compter sur un personnel compétent, engagé et dévoué, qui a à cœur le bien-être et la santé de la population qu'il dessert.

Des femmes et des hommes compétents au service de la population !

Nos ressources humaines, ce sont 2 438 employés et 190 médecins
96 médecins omnipraticiens
94 médecins spécialistes
9 pharmaciens
433 infirmières
132 infirmières auxiliaires
659 préposés aux bénéficiaires et auxiliaires aux services de santé et sociaux
435 techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux
337 techniciens, professionnels de l'administration et membres du personnel de bureau
285 membres du personnel de soutien
148 gestionnaires

• Projet d'optimisation du rôle et des conditions d'exercice des cadres

C'est avec fierté que le projet du CSSSAM-N se trouve parmi les neuf projets financés par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour revoir le rôle et les conditions d'exercice des cadres. Ce projet d'envergure a débuté en janvier 2011 et devrait se terminer à la fin de 2013. Selon une approche participative et consultative, l'équipe de direction et plusieurs cadres sont fortement mobilisés dans des groupes de travail, lesquels permettront de réaliser quatre chantiers majeurs de travail visant l'optimisation des pratiques de gestion. Projet « vitrine », tous les développements et résultats issus des travaux réalisés seront rendus disponibles à l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.

• Mobilisation du personnel

Dans le cadre du processus de renouvellement de l'agrément, la direction a été activement engagée dans l'évaluation du volet « mobilisation du personnel ». Un sondage a ainsi été réalisé, auquel 1 047 personnes (employés, cadres et médecins) ont répondu. Les résultats ont ensuite été présentés à l'ensemble du personnel et aux instances du CSSSAM-N via des rencontres dans toutes nos installations. Vingt présentations ou consultations ont été réalisées, auxquelles plus de 550 personnes ont assisté. Les plans d'actions sont en cours de réalisation et seront adoptés par le conseil d'administration à l'automne 2011.

• Climat de travail et reconnaissance

Nonobstant le sondage sur la mobilisation du personnel, plusieurs autres actions ont été réalisées en vue d'augmenter la satisfaction au travail. En voici quelques-unes :

- Poursuite des activités de reconnaissance organisationnelle
- Différentes initiatives réalisées lors de la semaine de la reconnaissance en février 2011, dont la diffusion d'une carte modèle reconnaissance sur l'intranet

- Élaboration d'un cadre de référence sur la reconnaissance qui devra être entériné par le comité de direction, puis implanté au cours de la prochaine année
- Achat d'outils et d'équipements afin de faciliter le travail du personnel
- Réalisation d'interventions auprès d'équipes en difficulté

• Planification de la main-d'œuvre

L'établissement investit d'importants efforts afin de contrer la pénurie de main-d'œuvre. Dans son rôle de coordination et de responsable de la démarche organisationnelle, la DRHDO a mis sur pied un comité stratégique sur la planification de la main-d'œuvre regroupant des acteurs décisionnels de diverses directions. Ce comité a pour mandat de prioriser et de supporter les actions organisationnelles pour le recrutement, l'attraction et la rétention du personnel.

Pour une 3^e année consécutive, un plan d'action a été élaboré et réalisé, mobilisant plusieurs directions. L'implantation d'horaires de travail atypiques dans les secteurs critiques, l'augmentation importante de la présence de stagiaires, la revue d'exigences de poste, l'implantation de programmes d'accueil et d'orientation sont des exemples d'actions réalisées en 2010-2011. C'est une priorité qui se poursuivra pour les prochaines années.

• Changement dans les conditions de travail

Des changements majeurs ont été négociés au plan provincial dans la dernière année et des ententes sont intervenues avec les syndicats nationaux pour de nouvelles conventions collectives. Un travail important a été effectué afin de mettre en application ces nouvelles règles, qu'elles soient monétaires ou autres et des rencontres d'information ont été tenues avec les gestionnaires. Le travail se poursuit puisque toutes les conditions de travail prévues ou possibles ne sont pas encore en place, lesquelles nécessitent des ententes avec nos syndicats locaux.

L'exercice d'équité salariale pour le personnel d'encadrement du réseau de la santé et des services sociaux est en cours. Les correctifs étant rétroactifs en 2001, le travail d'analyse des 400 dossiers cadres (actifs et départs depuis 2001) est colossal. Une première partie de l'opération est complétée, le travail devrait être terminé à l'automne 2011. Ce dossier mobilise plusieurs personnes à la DRHDO et au Service de la paie.

• Civilité au travail

Dans le cadre de ses travaux, le comité aviseur pour la prévention de la violence et du harcèlement au travail a orienté ses activités de sensibilisation vers la civilité au travail, dans une perspective constructive et positive. Une campagne dynamique de sensibilisation a été réalisée dans l'ensemble de l'organisation, notamment en mettant à contribution des membres du personnel des différentes installations, par des messages-clés dans le calendrier organisationnel, etc. Le processus de plainte en regard des situations de violence et harcèlement a également été revu, à la suite du bilan de l'application de la politique en vigueur depuis plus de trois ans.

• Santé et sécurité au travail

Malgré une légère hausse du ratio d'assurance salaire, le CSSSAM-N demeure performant. Les résultats sont le fruit des efforts conjugués de tous pour favoriser la présence au travail. Aussi, le comité paritaire en santé et sécurité du travail a pris son envol et a élaboré son premier plan d'action. Les membres de ce comité sont actifs et engagés dans les diverses actions qui ont été priorisées.

• Développement des compétences

À l'instar des années antérieures, le volume d'activités de formation et de développement des compétences a été important, malgré les coupures imposées par la Loi 100. Les activités ont été très encadrées et plus limitées, autant pour les cadres que pour les employés. Notons que plusieurs programmes régionaux ou découlant de priorités ministérielles font partie du Plan de développement des ressources humaines. Il en est ainsi pour le programme de formation « *AGIR* », s'adressant aux préposés aux bénéficiaires en hébergement, dont la diffusion s'est déroulée sur une période de deux ans, la formation « *e learning* » sur la sécurité des actifs informationnels qui est en cours et qui vise tous les groupes d'emploi du CSSSAM-N, etc.

• Soutien à la gestion

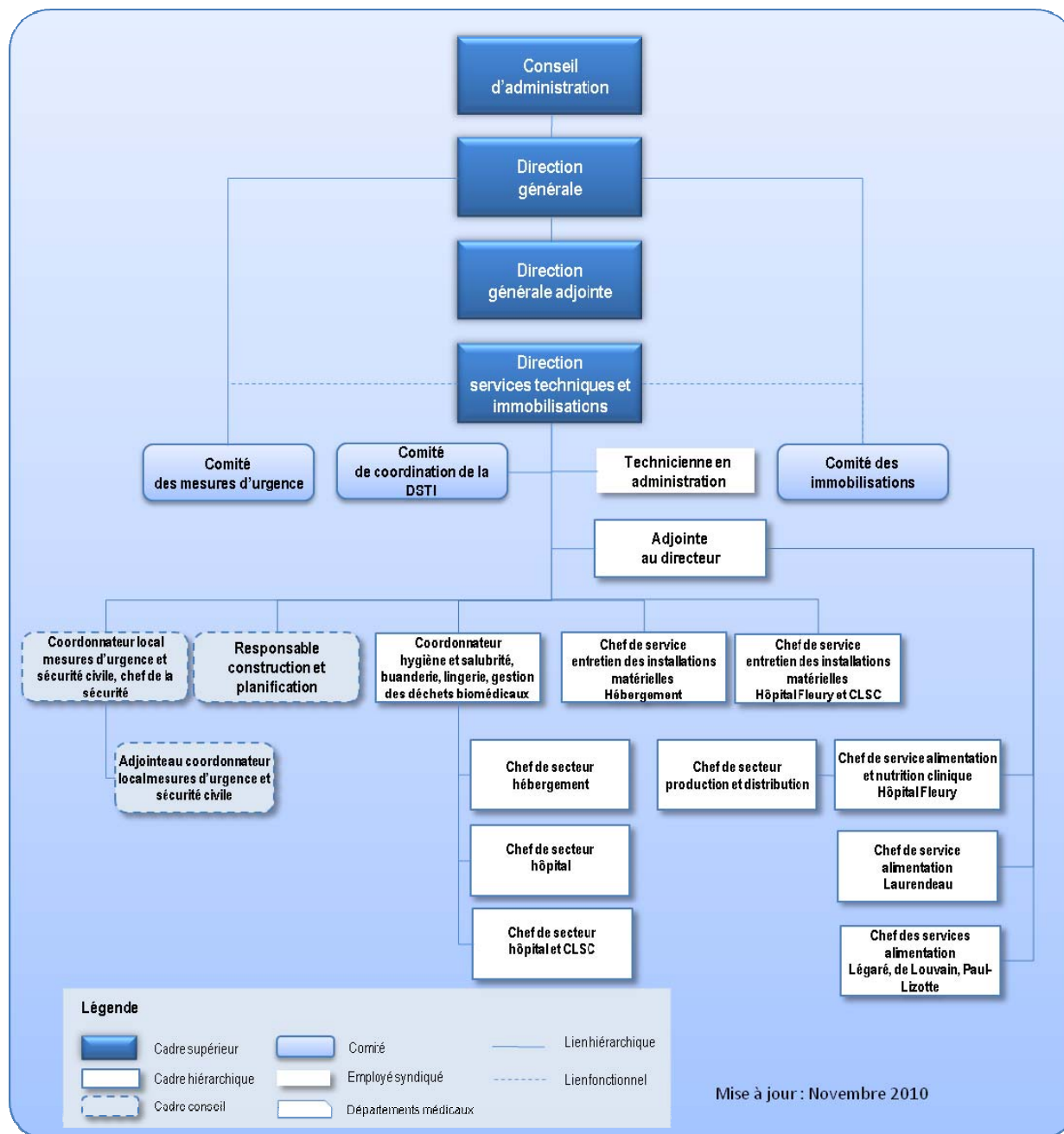
Encore cette année, la DRHDO a été très active dans son rôle de soutien aux gestionnaires, que ce soit dans le cadre de projets d'organisation du travail, d'interventions auprès d'équipes en difficulté, d'aide conseil en relations de travail, le développement d'outils de gestion des ressources humaines (évaluation de probation, évaluation du rendement et de la contribution, politiques, fiches de gestion), etc.

• Principales informations concernant les ressources à notre emploi

Effectifs de l'établissement (en date du 31 mars 2011)	2010-2011	2009-2010
<u>Les cadres</u>		
– Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	114	116
– Temps partiel (excluant les personnes en stabilité d'emploi) Nombre de personnes : Équivalent temps complet (note A)	19	13
– Nombre de cadres en stabilité d'emploi	3	3
<u>Les employés réguliers</u>		
– Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	1 167	1 122
– Temps partiel (excluant les personnes en sécurité d'emploi) Nombre de personnes : Équivalent temps complet (note A)	500	505
– Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
<u>Les occasionnels</u>		
– Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	547 471	682 051
– Équivalent temps complet (note B)	319	373
<u>Note A</u> : Calcul de l'équivalence temps complet pour les cadres et les employés réguliers : $\frac{\text{Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail}}{\text{Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi}}$ <u>Note B</u> : Calcul de l'équivalence temps complet pour les occasionnels : Nombre d'heures rémunérées ÷ 1 826 heures		

Organigramme et faits saillants de l'année

Direction des services techniques et des immobilisations (DSTI)



Le directeur, monsieur Alain Lazure, a quitté pour la retraite le 31 mars 2011. Ainsi, en 2010-2011, il a pu mener à terme l'élaboration du Plan directeur immobilier. Il a également été l'instigateur du projet d'efficacité énergétique réalisé au cours de l'année et pour lequel le CSSSAM-N s'est vu décerner le *Prix d'excellence en gestion de l'efficacité énergétique* de l'Association des établissements de santé et de services sociaux. Nous remercions monsieur Lazure pour son implication au CSSSAM-N et lui souhaitons une belle retraite.

• Hygiène et Salubrité

Plusieurs actions ont concouru à rehausser de façon permanente le niveau de conformité aux lignes directrices en hygiène et salubrité, dont la mise en place d'un comité inter-service (équipe de prévention des infections et cadres du Service d'hygiène et salubrité), l'implantation du programme d'amélioration continue de la qualité dans les centres d'hébergement et les CLSC, l'élaboration et l'approbation des protocoles de désinfection pour l'hôpital et les centres d'hébergement, et la mise sur pied de plusieurs laboratoires de formation pour notre personnel.

L'ajout d'un chef de secteur a permis de consolider la présence du personnel d'encadrement le soir et la fin de semaine à l'hôpital, et la fin de semaine dans nos centres d'hébergement. Certains équipements ont été remplacés pour améliorer la performance et la sécurité au plan de la prévention des infections. Nous avons reçu davantage de stagiaires dans nos installations en collaboration avec les établissements d'enseignement.

Enfin, la participation à un projet pilote en gestion des risques, au comité de gestion des lits et au comité de prévention des infections permet à l'équipe d'hygiène et salubrité de mieux collaborer avec le secteur clinique dans l'atteinte de leurs objectifs.

• Politique pour une saine alimentation

La DSTI a travaillé à l'élaboration de la *Politique pour une saine alimentation* du CSSSAM-N, qui s'inscrit dans la volonté du ministère de la Santé et des Services sociaux de réduire le taux des maladies chroniques en agissant sur les facteurs de risques dont la mauvaise alimentation et les problèmes de surpoids. La politique vise particulièrement à contribuer à l'amélioration de la qualité de l'alimentation par la création d'environnements alimentaires favorables à la santé. La présentation d'une offre alimentaire où la valeur nutritive des aliments est élevée tiendra compte assurément des modulations requises par les plans de soins nutritionnels lorsqu'ils sont présents et des particularités associées au milieu de vie « substitut » des personnes hébergées. Notre *Politique pour une saine alimentation* est le fruit de la collaboration de nombreux partenaires dont le comité de promotion de la santé et du développement durable de la Direction locale de santé publique et du développement des communautés. La mise en œuvre de la politique pour une saine alimentation sera soutenue par le plan d'action 2011-2012 pour l'implantation de la majorité des mesures, suite à son adoption prévue par le conseil d'administration en mai 2011.

• Alimentation et nutrition clinique

***1 391 492 repas préparés et servis
aux usagers et leurs familles, aux bénévoles, au personnel,
aux médecins, aux visiteurs et aux organismes sans but lucratif***

Dans le cadre du programme provincial subventionné d'amélioration de l'alimentation en centre d'hébergement et de soins de longue durée, le Service d'alimentation et nutrition clinique a réalisé un projet sur l'amélioration nutritionnelle et organoleptique des aliments de texture purée servis en hébergement. Le projet a comporté diverses actions dont l'élaboration d'un menu harmonisé équilibré et varié pour toutes les textures d'aliments, le développement de répertoires de recettes et produits, ainsi que des formations pour

le personnel des services d'alimentation visant l'amélioration de leurs compétences sur les problématiques de la dysphagie, sur l'importance des textures modifiées et sur la standardisation de recettes. Tout le personnel des Services d'alimentation en hébergement a été impliqué dans ce projet.

L'équipe de nutrition clinique s'est enrichie d'une ressource à temps complet en hébergement. Orientées sur l'amélioration de la qualité de vie du résident et sa sécurité, les interventions nutritionnelles sont indiquées pour différents problèmes de santé des personnes hébergées dont la dysphagie, la dénutrition, le diabète, les maladies pulmonaires, gastro-intestinales et cardiaques, les plaies de pression, l'insuffisance rénale, etc.

La formation des nutritionnistes de l'hôpital sur la note au dossier a amené l'équipe à travailler sur l'harmonisation des façons de faire, la révision des outils et la mise sur pied d'ateliers d'études de cas. Tous ces éléments participent à rehausser la pratique professionnelle et à répondre aux normes de qualité de l'ordre professionnel.

• Mesures d'urgence et sécurité civile

L'année 2010-2011 a été ponctuée de quelques situations d'urgence, dont une fuite d'oxygène médical pendant les travaux du projet d'efficacité énergétique, une fuite de gaz propane lors du déménagement des laboratoires, un retour de fumée dans un logement du Centre d'hébergement de Louvain et finalement, l'évacuation horizontale des patients du 8^e étage de l'Hôpital Fleury suite à un retour de vapeur sur l'unité.

En juin 2010, une demi-journée de rétroaction sur l'*Opération Haïti* et de formation sur les mesures d'urgence et la sécurité civile a été destinée à l'équipe d'intervention d'urgence terrain.

En juillet 2010, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a mobilisé notre établissement afin de planifier les actions de prévention en cas de chaleur accablante et extrême.

La coordination des mesures d'urgence et sécurité civile s'est activée au niveau des dossiers suivants :

- Révision des plans particuliers d'intervention code rouge et code vert de certaines missions
- Formations en mesures d'urgence et sécurité civile (directeurs, accueil du personnel et cadres, coordonnateurs de soins, sécurité, culture de sécurité, code blanc DSI)
- Exercices code rouge et code vert pour les trois missions (CLSC, hôpital et hébergement)
- Participation aux différents comités transversaux
- Élaboration du plan de sécurité incendie pour le Centre d'hébergement de Louvain lors du processus de certification
- Planification de la sécurité et de la prévention des incendies pour le projet de l'imagerie par résonance magnétique (IRM)
- Élaboration et réactivation du processus d'arrimage avec nos partenaires (Centres jeunesse, Service de police de la Ville de Montréal, Ressources intermédiaires, Arrondissements, Résidence Berthiaume-Du Tremblay, Résidence Fleury)
- Participation à la mise en application des chemins critiques à être insérés dans la valise de garde dans le cadre de la réorganisation de la garde des mesures d'urgence et sécurité civile

• Buanderie-lingerie

Afin de poursuivre le changement amorcé l'an dernier sur le mode de traitement de la lingerie et de la literie souillée, nous avons finalisé cette année l'implantation des nouveaux chariots et sacs pour le linge souillé à l'Hôpital Fleury.

• Entretien des installations matérielles

Hôpital Fleury et les CLSC d'Ahuntsic et de Montréal-Nord

Le secteur de génie biomédical a amélioré le nombre de réparations et augmenté le nombre d'entretiens préventifs. Il est également davantage impliqué dans le processus d'achat et de remplacement des équipements. En collaboration avec le Service des approvisionnements et de la logistique, une procédure de réception et de conformité des nouveaux équipements médicaux a été mise en place afin d'en assurer l'utilisation sécuritaire.

À l'Hôpital Fleury, le service a participé activement à plusieurs transformations de locaux, entre autres à l'Urgence dans le cadre de l'implantation du système d'inventaire à double casier et pour les bureaux du 4^e étage. De plus, il a eu à maintenir les services essentiels malgré des bris importants : ligne d'oxygène, compresseur d'air médical, air climatisé, pannes électriques et fuites d'eau majeures. Il a aussi collaboré à plusieurs projets de construction dont :

- l'implantation des nouveaux équipements dans le cadre du projet d'efficacité énergétique
- le réaménagement des laboratoires
- l'aménagement de l'imagerie par résonance magnétique

Finalement, les demandes de service par voie électronique ont vu le jour dans les installations suivantes : 6500 Henri-Bourassa, 2330 Fleury, 10 345 Papineau, CLSC d'Ahuntsic et CLSC de Montréal-Nord. Cette nouvelle façon de procéder facilite et améliore le suivi des demandes de service.

Hébergement

Plusieurs projets ont été réalisés pour améliorer la sécurité des installations et la qualité du milieu pour les résidents et le personnel :

Centre d'hébergement de Louvain

- Réparation et nettoyage du système d'évacuation d'air du fumoir des résidents
- Réfection des finis de plancher du sous-sol et du rez-de-chaussée des blocs B et D
- Rafraîchissement des murs et plafonds du sous-sol des blocs B et D
- Installation de plusieurs claviers numériques limitant l'accès aux cages d'escaliers et portes extérieures

Centre d'hébergement Laurendeau

- Réparation d'une partie de la terrasse
- Modification au système de contrôle de nuit des portes de l'entrée principale

Centre d'hébergement Légaré

- Peinture du salon et cuisinette du 4^e étage

Centre d'hébergement Paul-Lizotte

- Installation d'un abri permanent pour contrôler l'accès à un escalier extérieur
- Modification au système anti-fugue des unités
- Réparation d'une section de la terrasse arrière
- Installation de grilles antivol dans les fenêtres du sous-sol et de la porte de verre donnant accès au sous-sol
- Réfection des murs et peinture complète des complexes sanitaires sur les unités
- Réfection des planchers de corridors des unités de soins
- Installation d'un nouveau système d'appel de garde

• Gestion des locaux

Les travaux requis dans différents secteurs de l'Hôpital Fleury ont entraîné le déménagement de plusieurs services. Ainsi, le Service des bénévoles *Présence-Amie*, le bureau de santé, le secteur de la réadaptation et les laboratoires ont été relocalisés. L'ensemble de ces déplacements s'inscrit dans le cadre de notre plan directeur immobilier et a permis l'arrivée d'un appareil résonance magnétique à l'Hôpital Fleury.

• Plan d'acquisition d'équipement 2010-2011

Au cours de l'exercice, plusieurs équipements ont été acquis :

- Équipement médical : plus de 1 252 000 \$
- Équipement général et mobilier : plus de 524 000 \$

• Projets de construction/rénovation

Les principaux projets sur lesquels la direction, en collaboration avec les services touchés, a eu à travailler au cours de l'année 2010-2011 sont les suivants :

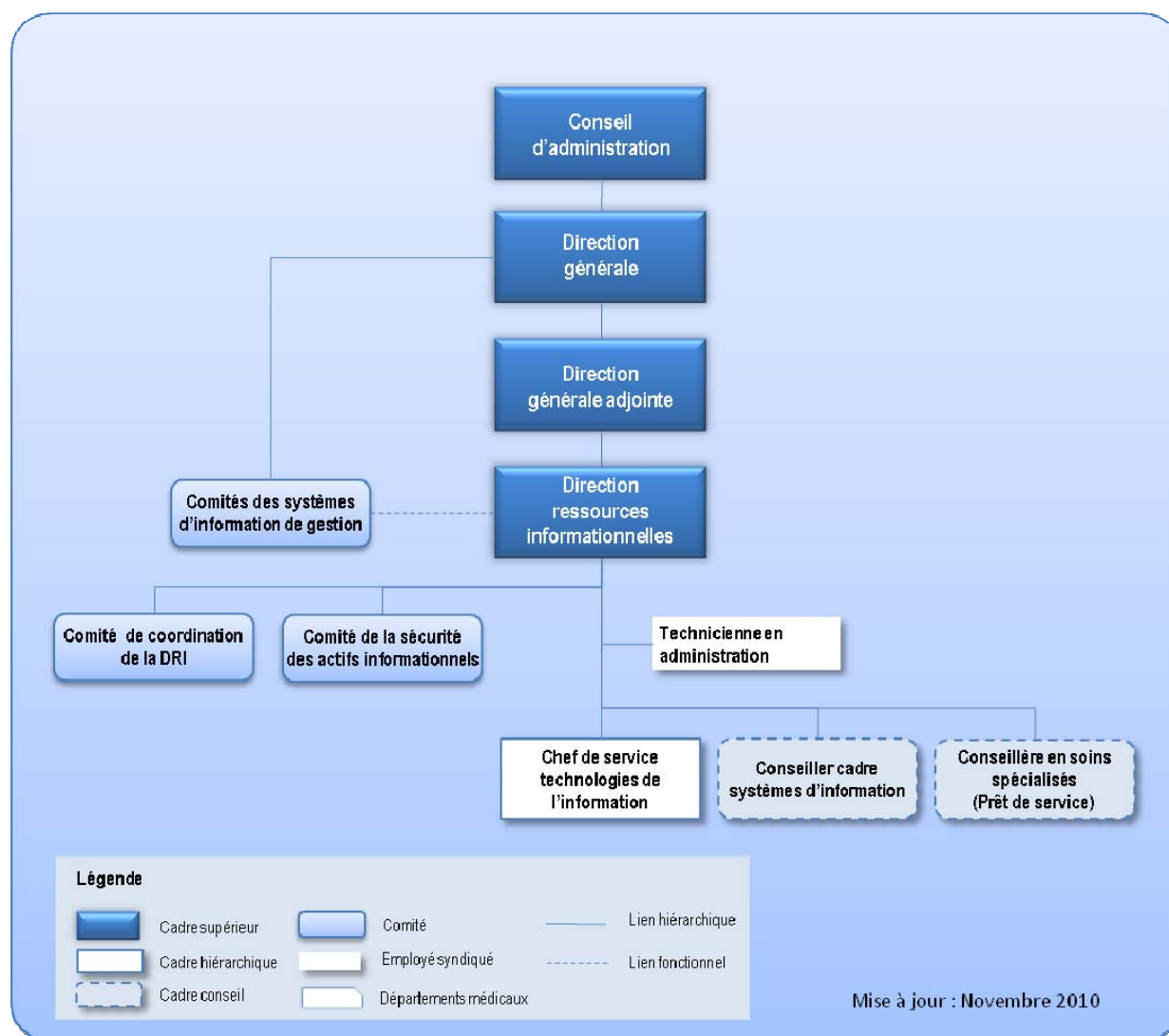
- Aménagement du secteur de la réadaptation au 5^e étage de l'Hôpital Fleury
- Aménagement des nouveaux laboratoires à l'Hôpital Fleury
- Aménagement des locaux et installation d'un appareil de résonance magnétique à l'Hôpital Fleury
- Modernisation de l'entrée électrique à l'Hôpital Fleury
- Construction d'une rampe d'accès au Centre d'hébergement de Louvain
- Remplacement du revêtement de plancher sur les étages au Centre d'hébergement Paul-Lizotte
- Aménagement de locaux pour le projet *Un Rayon de soleil* dans lequel le CLSC de Montréal-Nord est impliqué

Une multitude d'autres projets ont touché le maintien de nos installations, et ce, pour une valeur de plus de deux millions de dollars.

Les travaux reliés au projet d'efficacité énergétique (géothermie, murs solaires, conversion de l'éclairage, etc.) ont été complétés. Ce projet a été réalisé grâce à des investissements de plus de six millions de dollars et une part d'autofinancement échelonné sur sept ans.

Organigramme et faits saillants de l'année

Direction des ressources informationnelles (DRI)



La Direction des ressources informationnelles est une direction support dont le mandat est de planifier, organiser et superviser les services informatiques et téléphoniques dans les installations de notre CSSS. Ses équipes conseillent et orientent les autres directions quant à leurs besoins en actifs informationnels et travaillent à leur implantation en fonction des orientations et priorités de l'établissement.

• Service des technologies de l'information

Le personnel tient à jour le parc informatique du CSSS. Il offre le support pour l'infrastructure réseau, la téléphonie, les ordinateurs et portatifs, les logiciels ainsi que les imprimantes et autres périphériques. Notre parc informatique comprend 1 150 ordinateurs, 400 imprimantes et 120 serveurs. L'infrastructure de téléphonie inclut 1 650 téléphones de bureau, 175 cellulaires et 10 serveurs. L'assistance technique est offerte dans toutes les installations du CSSS, en plus de soutenir certains partenaires, notamment les ressources non institutionnelles (RNI).

Un plan de restructuration du parc d'imprimantes a été mis de l'avant et se poursuivra jusqu'en 2012. La moyenne d'âge du parc d'impression étant de 6 ans, nous avons entrepris une cure de rajeunissement et une optimisation de l'utilisation de cette ressource par une approche d'impression départementale lorsque possible. Cette approche possède plusieurs avantages, soit une durée de vie plus longue des composantes, une consommation moindre d'énergie, un coût par page inférieur et elle permet aussi l'impression de documents confidentiels de manière sécuritaire.

Des travaux de mise à niveau des systèmes réseau et de téléphonie sans-fil ont été débutés et se poursuivront en 2011-12. Ils permettront d'étendre la couverture sans-fil de l'hôpital vers certains endroits déterminés dans les deux CLSC, de même qu'au Centre d'hébergement Laurendeau.

En lien avec les projets OACIS et RSIPA, une infrastructure de « client léger » est actuellement en cours de déploiement. Ce mode de virtualisation permettra de générer des économies importantes en frais d'acquisition de portatifs et de support technique, tout en permettant aux usagers d'accéder à leurs applications à partir de n'importe quel « client léger ».

En collaboration avec la Direction des services techniques et des immobilisations, nous avons traité un total de 110 demandes de déménagement qui ont eu un impact sur près de 400 personnes.

• Bureau de projets

En 2010, la Direction des ressources informationnelles a mis l'emphasis sur son *Bureau de projets*, lui permettant de développer un centre d'expertise des meilleures pratiques en gestion de projets informatiques tout en respectant les besoins et les contraintes du CSSSAM-N.

En plus d'être un endroit où le personnel peut s'adresser pour voir si une solution existe aux problèmes informatiques rencontrés, le *Bureau de projets* assure :

- une vision globale de l'avancement de tous ses projets en ressources informationnelles
- une meilleure planification des projets selon les priorités stratégiques de notre CSSS
- une meilleure compréhension des risques et bénéfices des projets informatiques sur notre CSSS
- une augmentation de la capacité de livraison des projets
- une veille technologique pour proposer des solutions et des systèmes améliorant la qualité et l'efficacité du travail et pour solutionner des problèmes

Le *Bureau de projets* comprend aussi une équipe qui gère l'implantation du projet OACIS en collaboration avec les autres directions du CSSSAM-N.

En 2010-2011, plus de 45 projets ont été gérés par le *Bureau de projets*. Voici les travaux effectués dans quelques-uns de ces projets :

- Collaboration avec d'autres directions afin d'assurer le succès des projets organisationnels, particulièrement pour l'archivage régional de nos images radiographiques et la gestion des médicaments dans le cadre du projet SARDM.
- Collaboration avec la Direction des services aux aînés, principalement avec le personnel des soins à domicile dans le cadre du projet RSIPA. Cette solution met à la disposition des intervenants divers outils informatisés afin de soutenir le processus d'évaluation clinique des personnes âgées. Entre autres, il s'agit de l'utilisation de portatifs pour effectuer la saisie d'information directement à partir du domicile de la clientèle. Ce projet se poursuivra en 2011-2012.
- Ajout d'un module de Kardex au logiciel SIGES (Systèmes d'information de gestion d'épisode de soins). SIGES est une application qui a été développée pour notre CSSS afin de répondre aux besoins du personnel clinique dans le suivi des épisodes de soins sur les unités de soins à l'Hôpital Fleury.
- Ajout et modifications des interfaces entre nos systèmes d'information. Réalisation de plusieurs interfaces comme celles entre notre bloc opératoire et l'application SIMASS du Ministère, l'ensemble des interfaces requis dans le cadre du projet OACIS ainsi que pour l'amélioration des interfaces existantes surtout avec le Département de pharmacie.

• **Projet OACIS**

Notre usager est unique, son dossier aussi !

Le thème « Notre usager est unique, son dossier aussi ! » a marqué la mise en place en mars 2010 de l'équipe travaillant sur le dossier clinique informatisé OACIS. Ce projet régional a comme objectif principal d'améliorer les services aux usagers en facilitant la distribution des résultats cliniques et l'accessibilité aux informations de l'utilisateur à l'intérieur du CSSAM-N. Pour ce faire, une équipe de projet a été constituée et divers comités, auxquels participent des représentants des différentes directions et un médecin, ont été mis sur pied : comité d'équipe de projet, comité d'implantation, comité clinique, comité directeur et comité de réingénierie des formulaires. Des médecins du CSSS ont également été sollicités pour s'impliquer dans la planification et le déploiement du projet.

Afin de pouvoir démarrer l'utilisation d'OACIS à l'automne 2011, des activités de préparation de l'infrastructure technologique ont été réalisées : mises à jour requises de différents systèmes d'information clinique et extraction des fichiers par la Régie de l'assurance maladie du Québec, début de l'installation des postes de travail et des mises à niveau et installation des écrans d'ordinateur selon les spécifications du projet pour les archivistes, correction des doublons et nettoyage des index-patients locaux et mise à jour de la formation des agentes administratives qui travaillent dans les index-patients.

Au niveau clinique, les différentes ressources impliquées au sein du projet ont travaillé à la planification de la séquence de déploiement pour nos trois missions et à la détermination de l'unité pilote qui testera le logiciel. Les superutilisateurs d'OACIS ont été identifiés et leur formation amorcée. Des cliniciens et des archivistes ont également travaillé à la réingénierie des formulaires cliniques, un prérequis essentiel au démarrage de la numérisation des dossiers médicaux des usagers. Pour ce faire, une recension des formulaires cliniques existants a été effectuée : près de 800 formulaires ont été répertoriés. Ensuite, un travail d'harmonisation, de fusion, d'épuration et d'élimination des formulaires a été amorcé afin d'en diminuer le nombre à environ 500. Ce travail se poursuivra jusqu'à la mi-juin 2011. Une analyse budgétaire et une cartographie des processus actuels et des nouveaux processus en lien avec l'arrivée de la numérisation aux archives ont été effectuées.

Différents moyens de communication seront utilisés afin de s'assurer de rejoindre toutes les personnes concernées par le projet et aider à la gestion du changement. Ainsi, un plan de communication a été rédigé. Différentes communications ont aussi été effectuées tout au long de l'année : articles dans le *Cercle*, communiqués, notes de service, présentation aux cadres et présentation du projet au personnel et aux médecins par les gestionnaires des différentes équipes.

Des activités préparatoires de planification du déploiement de la formation pour tous les cliniciens et le personnel des archives sont amorcées et se continueront jusqu'au mois d'août 2011. Un questionnaire d'évaluation des besoins de formation à l'utilisation d'un ordinateur pour les cliniciens a aussi été élaboré.

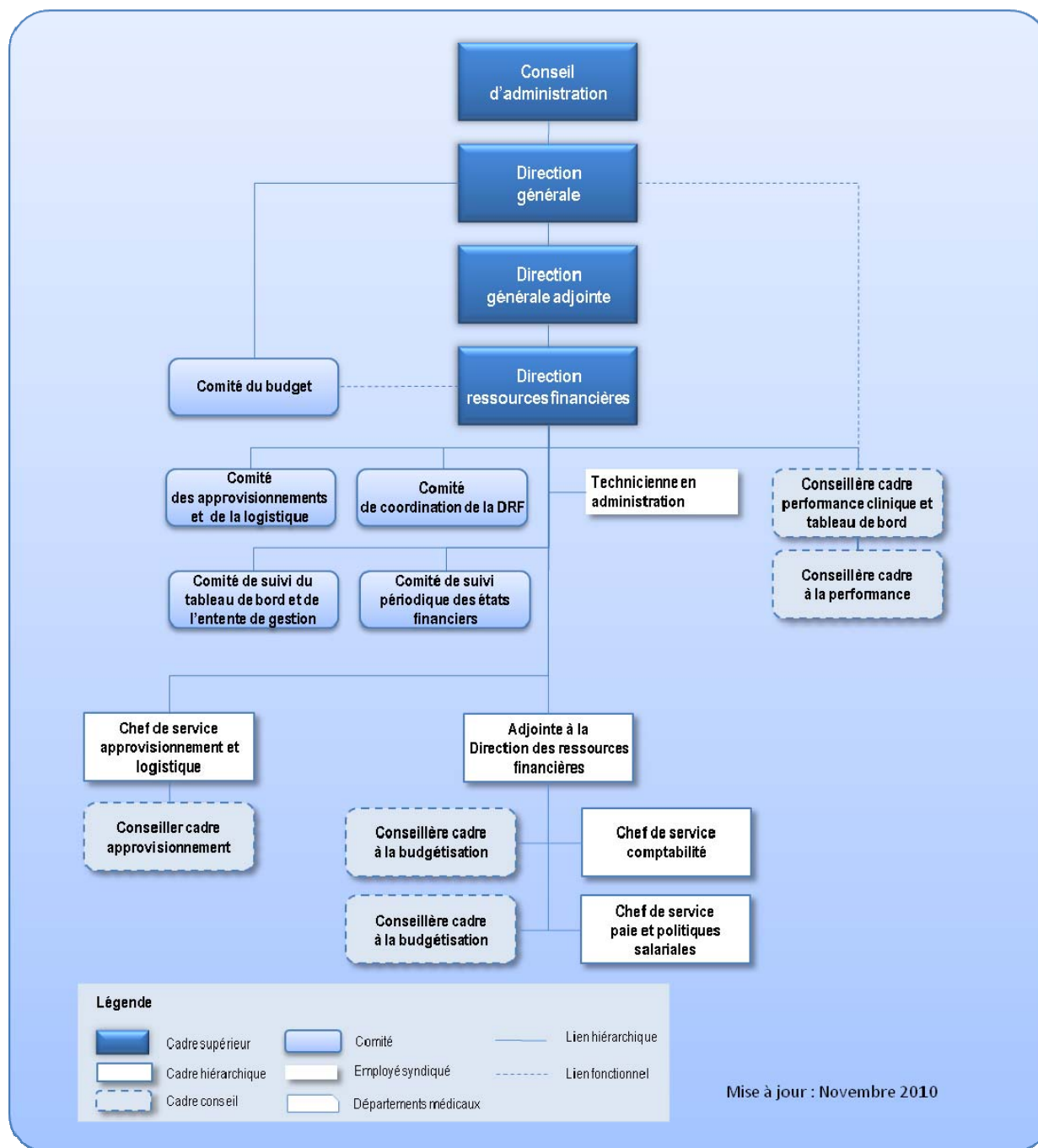
Enfin, le CSSSAM-N est impliqué activement dans les rencontres de suivi régional du projet avec ses partenaires, soit l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal et l'équipe de *Telus*. OACIS étant un projet régional, nous travaillons en partenariat avec les chargés de projet des autres établissements.

- **Sécurité des actifs informationnels**

Une formation en ligne portant sur la sécurité des actifs informationnels a été rendue disponible. Le but étant de sensibiliser l'ensemble du personnel à l'importance de sécuriser les informations, tout en lui montrant comment manipuler de façon sécuritaire ces informations.

Organigramme et faits saillants de l'année

Direction des ressources financières (DRF)



- **Finances**

L'année 2010-2011 a été marquée par la compression budgétaire imposée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, communément appelée la Loi 100. Pour le CSSSAM-N, cette mesure correspondait à un montant de 886 849 \$. Elle a été réalisée par la compression des heures de formation (en sus des budgets prévus par la Loi 90), la diminution de près de 80 % des frais de déplacement et de congrès, le non remplacement du personnel lors des départs à la retraite ainsi que la diminution de plusieurs dépenses dans les secteurs administratifs.

Malgré une hausse des dépenses dans les activités cliniques, l'année financière s'est soldée par un surplus de 39 834 \$ suite à la mise en place de plusieurs projets d'optimisation. Malgré les efforts déployés afin de diminuer l'utilisation de main-d'œuvre indépendante, notre taux demeure encore très élevé. Le déploiement d'OACIS a contribué de façon importante à l'augmentation des coûts informatiques, nous obligeant ainsi à réduire le développement d'autres projets informatiques.

- **Approvisionnements et logistique**

L'équipe du Service des approvisionnements et de la logistique a poursuivi le déploiement du code barre et la prise en charge des réserves de fournitures médicales à l'hôpital et dans les centres d'hébergement; elle est à finaliser ces opérations dans les CLSC. Une fois les travaux complétés, toutes les réserves de fournitures seront gérées par le code barre dans nos sept installations, et ce, dès la fin de l'automne 2011. Ce système permettra d'éviter les ruptures de stocks, de diminuer les stocks désuets et de libérer le personnel des soins infirmiers des tâches de réapprovisionnement.

- **Performance et tableau de bord**

Nous avons poursuivi l'accompagnement des directions cliniques dans les projets de réorganisation en développant entre autres, des indicateurs de performance et de suivi du tableau de bord tactique.

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
Bureau 2000
Tour de la Banque Nationale
600, rue De La Gauchetière Ouest
Montréal (Québec) H3B 4L8

Téléphone : 514 878-2691
Télécopieur : 514 878-2127
www.rcgt.com

Aux membres du conseil d'administration de
Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent les bilans du fonds d'exploitation, du fonds d'immobilisations, du fonds à destination spéciale, du fonds de fiducie et du fonds de stationnement au 31 mars 2011 et l'état des résultats du fonds d'exploitation (activités principales et accessoires) pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord pour l'exercice terminé le 31 mars 2011. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 10 juin 2011 (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 par conséquent se substituer à la lecture des états financiers audités de Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord.

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 2 à la circulaire 2011-030 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

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

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord pour l'exercice terminé le 31 mars 2011 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 2 à la circulaire 2011-030 (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités de Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord pour l'exercice terminé le 31 mars 2011.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 10 juin 2011. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance salaire ainsi qu'aux indemnités de départ à verser aux hors-cadre admissibles au terme de leur engagement ne sont pas comptabilisés au bilan du fonds d'exploitation, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. L'impact n'a pu être déterminé pour les exercices 2011 et 2010, car l'information n'est pas disponible au sein de l'établissement.

Notre opinion avec réserves est aussi fondée sur le fait que les immeubles loués auprès de la Corporation d'hébergement du Québec sont comptabilisés comme une location-exploitation plutôt que comme une location-acquisition conformément à la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2 du *Manuel de l'Institut Canadien des Comptables Agréés*, « Immobilisations corporelles louées ». L'impact de la non-comptabilisation au fonds d'immobilisations sur l'actif, le passif, le solde de fonds et les résultats pour les exercices 2011 et 2010 n'a pu être déterminé au prix d'un effort raisonnable.

Finalement, notre opinion avec réserves est aussi fondée sur le fait que l'établissement a comptabilisé un revenu de subvention au solde de fonds du fonds d'exploitation au 31 mars 2011 et a ajusté le solde des montants à recevoir du MSSS de 3 733 973 \$ sans retraitement des états financiers au 31 mars 2010. Afin de se conformer aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, le revenu de subvention relatif à la prise en charge du solde déficitaire du fonds d'exploitation de 3 733 973 \$ au 1^{er} avril 2008, représentant le montant fixé par le décret gouvernemental 257-2010, aurait dû être comptabilisé rétroactivement avec retraitement des états financiers au 31 mars 2010. Quant à la rectification apportée par le MSSS, qui se chiffre à 1 650 055 \$, elle aurait dû être comptabilisée aux revenus de l'exercice courant. Ainsi, les chiffres correspondants au 31 mars 2010 de la subvention à recevoir, du revenu du MSSS et du solde de fonds du fonds d'exploitation auraient dû être augmentés de 3 733 973 \$. De plus, les revenus et le surplus (déficit) de l'exercice terminé le 31 mars 2011 auraient dû être diminués de 1 650 055 \$, soit du montant de la rectification, et le redressement affectant le solde de fonds du fonds d'exploitation aurait dû être augmenté en conséquence.

Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de Centre de santé et de

services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord au 31 mars 2011 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E. N.C. R. L.¹

Montréal

Le 5 juillet 2011

¹ Comptable agréé auditeur permis n° 18779

États financiers

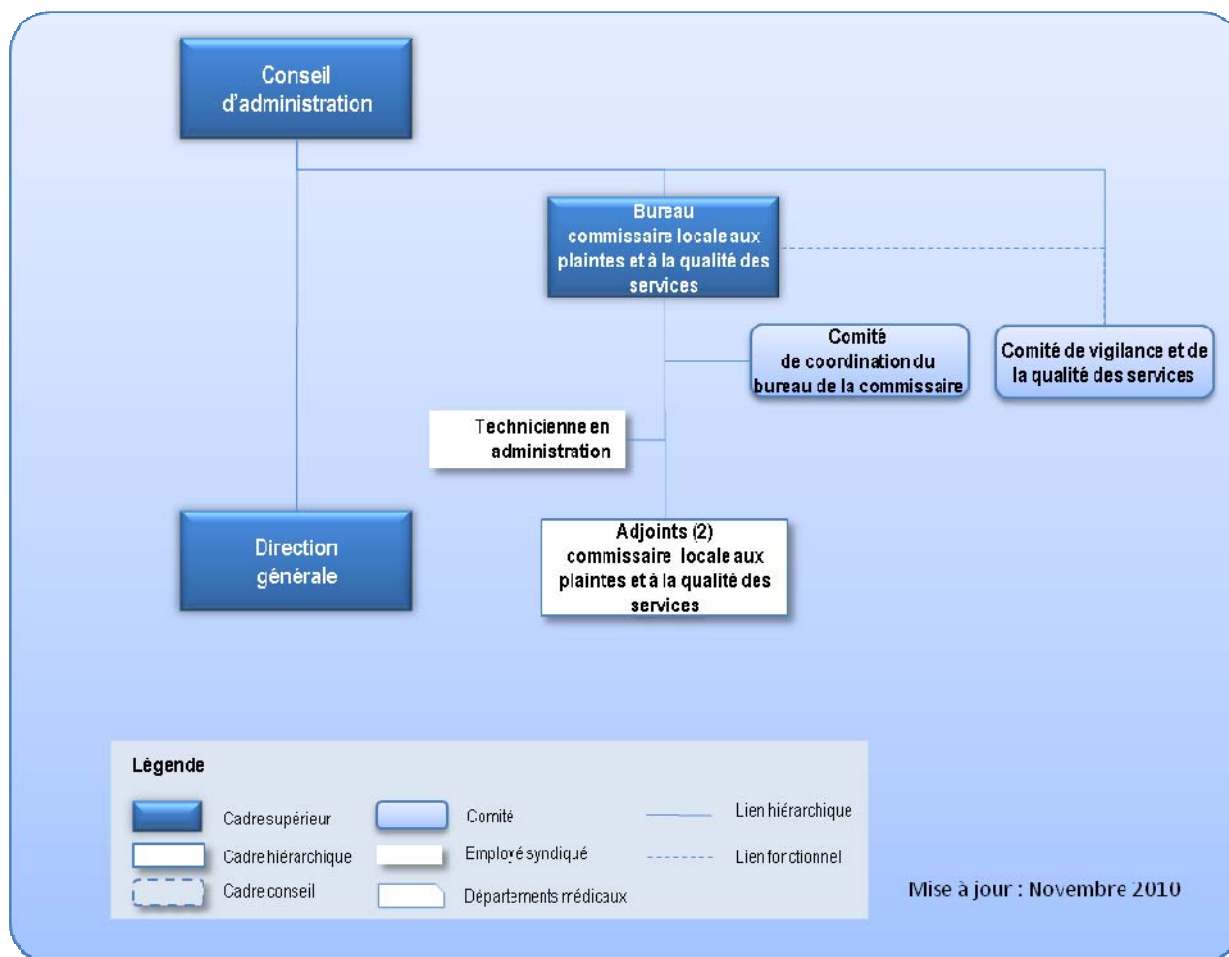
Fonds d'exploitation - Exercice terminé le 31 mars 2011

Revenus	2010-2011 (\$)	2009-2010 (\$)
Agence de la santé et des services sociaux et Ministère de la Santé et des Services sociaux	142 595 716	139 616 342
Usagers	14 000 179	13 348 654
Ventes de services	1 860 726	1 687 463
Recouvrements	1 443 757	1 706 192
Autres	360 066	320 177
	160 260 444	156 678 828
Dépenses		
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	121 405 728	118 207 810
Médicaments	2 507 378	2 715 879
Produits sanguins	564 110	576 431
Fournitures médicales et chirurgicales	5 382 260	4 940 382
Denrées alimentaires	2 336 777	2 372 870
Buanderie et lingerie	1 603 504	1 614 310
Fonctionnement des installations	5 619 017	5 754 174
Entretien des installations	2 130 048	2 838 290
Autres	18 705 175	17 677 741
	160 253 997	156 697 887
Excédent des revenus sur les charges d'activités principales	6 447	(19 059)
Excédent des revenus sur les charges d'activités accessoires	33 387	19 059
Résultat net - Fonds d'exploitation	39 834	0

À l'annexe 1, on retrouve des renseignements supplémentaires extraits de notre rapport financier annuel tels que « Bilan du fonds d'exploitation », « Bilan du fonds d'immobilisation » et « Autres fonds » et « Notes aux états financiers ».

Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services



La qualité au cœur de nos actions

Relevant directement du conseil d'administration, le Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a été créé en juin 2005. Dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des services offerts à la population, il est responsable du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs insatisfactions et demandes d'assistance. La commissaire, les commissaires adjoints et le médecin examinateur exercent leurs fonctions par le biais d'une approche respectueuse et constructive favorisant l'écoute du point de vue de toutes les parties impliquées.

Mandatés pour traiter les plaintes, demandes d'assistance ou interventions, les membres du Bureau procèdent directement aux démarches nécessaires : étude du dossier du plaignant, rencontre des personnes concernées, consultation des règles et procédures en vigueur, etc. Au terme de cette analyse d'enquête, les conclusions sont transmises. On y retrouve des explications, informations et engagements d'amélioration et de suivi afin de solutionner les situations problématiques de façon satisfaisante et d'éviter leur répétition.

La promotion du régime de plaintes, l'information relative aux droits et responsabilités des usagers et au code d'éthique sont également des responsabilités dévolues à la commissaire et à ses adjoints.

Au cours de l'année, des activités spécifiques ont été réalisées en ce sens : présentation du régime de plaintes et du code d'éthique aux journées d'accueil des nouveaux employés, tournée des équipes d'employés dans toutes les installations de l'établissement, diffusion du dépliant sur les plaintes, élaboration et diffusion de nouveaux outils de promotion du régime de traitement des plaintes, participation à la révision du code d'éthique.

• Bilan des demandes reçues et conclues entre le 1^{er} avril 2010 et le 31 mars 2011

Globalement, l'année 2010-2011 a été marquée par une augmentation, tant du nombre de dossiers reçus que du nombre de dossiers conclus. Les demandes d'assistance sont en augmentation de 13 %. La plupart des catégories d'objets ont présenté une augmentation du nombre de demandes par rapport à l'année précédente, bien que la catégorie liée aux soins et services dispensés soit en baisse.

Les plaintes, plaintes médicales et interventions ont été autant d'occasion de recevoir l'appréciation des usagers quant aux services que nous leur offrons. D'ailleurs, plusieurs d'entre elles auront généré la mise en place de mesures visant l'adaptation constante de nos services aux besoins de la population.

Bilan des demandes reçues et conclues		2010-2011	2009-2010
Plaintes relevant de la commissaire et de ses adjoints	Plaintes reçues	170	174
	Plaintes conclues	179	161
Plaintes relevant du médecin examinateur	Plaintes reçues	12	23
	Plaintes conclues	14	24
Interventions relevant de la commissaire et de ses adjoints	Interventions reçues	38	15
	Interventions conclues	38	15
Demandes d'assistance (relevant de la commissaire et de ses adjoints)		300	266

Les 231 plaintes, plaintes médicales et interventions conclues durant l'année groupaient 381 objets de plaintes, un même dossier pouvant comprendre plus d'un motif d'insatisfaction.

• Principaux motifs de demandes et marques de reconnaissance

Comme le démontre le tableau ci-après, la qualité des relations interpersonnelles et la qualité des soins et services dispensés sont véritablement au cœur des préoccupations de nos usagers, venant en premier lieu de leurs demandes, ainsi que de leurs témoignages d'appréciation.

Les demandes d'assistance de nos usagers visent généralement l'obtention d'un service, il n'est pas surprenant de retrouver ici l'accessibilité comme principal motif de demande.

Principaux motifs de demandes et marques de reconnaissance

Catégorie d'objets	Nombre d'objets Plaintes, plaintes médicales et interventions		Nombre d'objets Demandes d'assistance		Nombre d'objets Marques de reconnaissance
	2010-2011	2009-2010	2010-2011	2009-2010	2010-2011
Accessibilité	52	35	111	74	12
Aspect financier	15	7	132	22	---
Droits particuliers	39	37	53	53	---
Organisation du milieu et ressources matérielles	59	43	41	29	17
Relations interpersonnelles	109	102	24	17	58
Soins et services dispensés	107	133	57	69	68
Autres objets	---	---	1	2	Appréciation générale des services
					33
Total – nombre d'objets	381	357	300	266	188, pour 121 marques reçues

• Des exemples de témoignages reçus d'usagers et de familles de nos résidents

Nous ne saurions passer sous silence les nombreuses marques d'appréciation que nous recevons de la part des usagers de nos services, qui témoignent des aspects qui sont significatifs pour eux, soit, à l'instar des plaintes reçues, la qualité des soins et services dispensés et la qualité des relations interpersonnelles.

Voici quelques-unes de ces marques d'appréciation:

« Un très sincère merci pour votre accueil et votre gentillesse. Avec vous, je ne suis pas un numéro, mais j'ai un nom et c'est très apprécié. Lorsqu'on doit se présenter au CLSC tous les jours, c'est déjà difficile. Un accueil comme le vôtre rend le tout plus agréable. Continuez, vous êtes une belle relève. »

« Aujourd'hui je devrais quitter l'hôpital. Mais je ne veux pas partir sans vous dire combien j'ai apprécié les repas toujours bons et chauds ! Vous faites un travail ingrat, car on n'est pas en mesure de vous dire combien on apprécie votre rôle dans l'hôpital. Encore une fois mille mercis et je vous souhaite bonne santé et un bel été ! »

« Mes frères, ma femme et mes belles-sœurs se joignent à moi pour témoigner des bons soins que maman a reçus dans votre centre d'hébergement. L'établissement est propre, la nourriture variée et bonne, mais surtout le personnel y est exceptionnel. Nous n'y avons rencontré que des gens dévoués, polis, attentifs et pleins de compassion. Nos visites étaient fréquentes et en tout temps, nous avons trouvé les infirmières et les préposés à la hauteur de leurs tâches. Nous avons à quelques reprises tenté de poser un geste de reconnaissance à l'égard du personnel, ce n'était pas possible. La règle est claire et je vous assure qu'elle est suivie : le personnel n'accepte pas de cadeau à titre individuel. Nous ferons donc un don à la Fondation. Nous vous transmettons notre gratitude et toute notre admiration pour ce que vous faites pour les malades et surtout ce que vous avez fait pour maman. »

Suivi de l'entente de gestion

Légende	
Atteinte de la cible	
Atteinte de 90% de la cible	
Atteinte inférieure à 90% de la cible	

INDICATEURS / PROGRAMMES - SERVICES		Résultats P13 2009- 2010	Résultats attendus 2010- 2011	Résultats P13 2010- 2011	Commentaires
SANTÉ PUBLIQUE					
Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)	Proportion des femmes nouvellement inscrites aux SIPPE au cours de l'année financière 2010-2011	63,61 %	64 %	98,7 %	
École en santé	Proportion des écoles qui implantent l'approche <i>École en santé</i>	66,67 %	66,67 %	55,6 %	Au fil des ans, l'approche a été implantée dans 25 écoles sur 36, soit 69,44%. Mais, de ces 25 écoles, 20 ont eu des interventions compilées cette année.
Vaccination	Proportion des enfants recevant en CSSS, mission CLSC, leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib dans les délais	29,95 %	60 %	70,5%	
	Proportion des enfants recevant en CSSS, mission CLSC, leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	51,84 %	60 %	47,8 %	Ce vaccin administré à un an arrive six mois après la dernière intervention en CLSC. Les parents oublient de rappeler. Malgré l'ajout de plages de rendez-vous et un appel de confirmation 24 heures avant, le taux d'absence est assez important (particulièrement à Ahuntsic), et ce, pour de multiples raisons. Révision en cours de nos processus internes pour réduire cet impact et mieux utiliser nos bases de données clientèles.
	Proportion des enfants recevant en CSSS, mission CLSC, leur 1 ^{re} dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais	33,69 %	65 %	71,3 %	

INDICATEURS / PROGRAMMES - SERVICES		Résultats P13 2009- 2010	Résultats attendus 2010- 2011	Résultats P13 2010- 2011	Commentaires
SANTÉ PUBLIQUE (suite)					
Infections nosocomiales	Mise en place d'un comité de préven- tion et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	Réalisé	Réalisé	Réalisé	
	Mise en place d'un programme struc- turé et de contrôle des infections no- socomiales	Non réalisé	Réalisé	Non réalisé	Le programme est en place, approuvé par le CII et le CM. Il ne reste que le cautionnement du CMDP et l'adoption officielle au conseil d'administration. La présentation au CMDP est prévue le 16 juin 2011.
SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE					
Services psychosociaux en CSSS	Nombre d'usagers desservis	538	951	711	La cible n'a pas été modifiée et elle est toujours basée sur des données de 2008-2009 qui n'étaient pas bien comptabilisées dans ce centre d'activités.
	Nombre moyen d'interventions par usager	4,06	4	3,55	
PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT					
Soutien à domicile en CSSS	Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services	4 943	5 080	4 983	Le boycottage des statistiques qu'ont tenu les infirmières comme moyen de pression lors de la période de négociation en P8 et P9 a eu un impact sur le nombre total d'usagers diffé- rents. La cible est probablement atteinte au réel ou tout proche.
	Nombre moyen d'interventions par usager	30,74	30,74	31,72	
Soins et services dans les CHSLD	Nombre moyen d'heures travail- lées par jour- présence en soins infirmiers et d'as- sistance	2,8	3	2,953	
	Nombre moyen d'heures travail- lées par jour- présence en servi- ces professionnels	0,17	0,23	0,19	Poste d'ergo vacant depuis des années. Ajout récent d'un technicien d'orthèse-prothèse et d'un TRP en surplus pour pallier au manque d'ergo. Développements de postes TRP s'actualisent. Travailleuse sociale en retour progressif vers un temps complet. La situation devrait donc s'améliorer.

INDICATEURS / PROGRAMMES - SERVICES		Résultats P13 2009- 2010	Résultats attendus 2010- 2011	Résultats P13 2010- 2011	Commentaires
DÉFICIENCE PHYSIQUE					
Soutien à domicile	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services	1 009	1 055	1 096	À Montréal-Nord, le suivi psychosocial pour les enfants ayant une déficience physique est effectué par la Direction des programmes d'adaptation sociale, des services multidisciplinaires et des services généraux. À Ahuntsic, c'est la Direction des services aux aînés qui effectue le suivi. Les interventions effectuées à Montréal-Nord pour cette clientèle ne sont donc pas comptabilisées dans l'indicateur.
	Nombre moyen d'interventions par usager (DP)	38,93	34	35,21	
Soutien aux familles	Nombre d'usagers dont la famille reçoit des services (DP)	94	101	133	
	Taux de respect du délai d'accès aux services en CSSS pour les personnes de tous âges-niveau de priorité « urgent »	35,3 %	90 %	45,5 %	Il y a un problème au niveau de l'utilisation d'ICLSC dans le traitement des demandes et les arrimages Accueils-Guichets. L'organisation est à réviser l'ensemble de ses processus de traitement des demandes dans le respect des fonctions d'Accueil et des Guichets d'accès aux programmes spécifiques. Le tout sera arrimé à ICLSC ainsi qu'aux exigences d'accessibilité propres à chaque secteur.
Respect des délais d'accès	Taux de respect du délai d'accès aux services en CSSS pour les personnes de tous âges-niveau de priorité « élevé »	48 %	90 %	28,8 %	
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT					
Soutien à domicile en CSSS	Nombre de personnes (DI ou TED) recevant des services	69	72	63	Les services de stimulation précoce à domicile pour les enfants de 0-5 ans ne sont pas comptabilisés dans cet indicateur. Des interventions ont pourtant eu lieu dans ces centres d'activités, à domicile, pour la clientèle DI-TED.
	Nombre moyen d'interventions par usager (DI ou TED)	19,17	19,17	21,9	
Soutien aux familles	Nombre d'usagers dont la famille reçoit des services (DI ou TED)	346	388	419	

INDICATEURS / PROGRAMMES - SERVICES		Résultats P13 2009- 2010	Résultats attendus 2010- 2011	Résultats P13 2010- 2011	Commentaires
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT (suite)					
Respect des délais d'accès	Taux de respect du délai d'accès aux services en CSSS pour les personnes de tous âges- niveau de priorité « urgent »	25 %	90 %	0 %	Il y a un problème au niveau de l'utilisation d'ICLSC dans le traitement des demandes et les arrimages Accueils-Guichets. L'organisation est à réviser l'ensemble de ses processus de traitement des demandes dans le respect des fonctions d'Accueil et des Guichets d'accès aux programmes spécifiques. Le tout sera arrimé à ICLSC ainsi qu'aux exigences d'accessibilité propres à chaque secteur.
	Taux de respect du délai d'accès aux services en CSSS pour les personnes de tous âges- niveau de priorité « élevé »	27,3%	90%	22,7%	
JEUNES EN DIFFICULTÉ					
Services aux jeunes et leur famille en CSSS	Nombre d'usagers rejoints	2 142	2 148	2 277	
	Nombre moyen d'interventions par usager	7,11	8	6,89	Retard dans les statistiques en scolaire. Seront intégrées d'ici la fin de l'année. L'intensité de service est variable selon le besoin des clients. Ces besoins sont toujours respectés.
SANTÉ MENTALE					
Services dans la communauté	Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes ayant reçu ces services	42	70	48	Départ de psychiatres et manque de psychiatres dans l'équipe de 2 ^e ligne malgré l'entente avec le Pavillon Albert-Prévost. En attente de phase 2 du plan d'action en santé mentale. L'année 2009-2010 était en mode réorganisation et cette année, en consolidation.
Urgence santé mentale	Séjour moyen sur civière	25,1	Moins de 11 heures	23,18	Le séjour sur civière est comptabilisé au Pavillon Albert-Prévost. Notre unité d'hospitalisation est à sa limite de 31 personnes hospitalisées depuis plusieurs mois, ce qui nuit à l'hospitalisation de nouveaux patients sur civière à l'urgence. Des démarches CSSAM-N, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et Agence de Montréal sont en cours pour tenter d'améliorer la situation.
	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	13,1 %	1 %	10,15 %	

INDICATEURS / PROGRAMMES - SERVICES		Résultats P13 2009- 2010	Résultats attendus 2010- 2011	Résultats P13 2010- 2011	Commentaires
SANTÉ MENTALE (suite)					
Services de 1 ^{re} ligne	Nombre de jeunes ayant reçu des services en CSSS	102	413		
	Nombre d'adultes ayant reçu des services en CSSS	1 186	3 630		
	Nombre total d'utilisateurs ayant reçu des services en CSSS	1 288	4 043	1 920	La méthode pour établir la cible a été modifiée. La cible est de 75 utilisateurs par ETC en santé mentale. Une évaluation est en cours en santé mentale afin d'évaluer le nombre d'ETC qui ne voient pas directement des utilisateurs donc, qui ne génèrent pas d'intervention. Une évaluation globale de la performance du secteur aura lieu.
Accès services 2 ^e ou 3 ^e ligne	Nombre d'utilisateurs dont le délai d'accès aux services de 2 ^e ou 3 ^e ligne est supérieur à 60 jours	1	0	1	
SANTÉ PHYSIQUE					
Infections nosocomiales	Ratio du nombre ETC infirmières par nombre de lits de soins psychiatriques	1,04	1/250		
	Ratio du nombre ETC infirmières par nombre de lits de courte durée	1	1/133		
	Ratio du nombre ETC infirmières par nombre de lits de soins de longue durée	1	1/250		

INDICATEURS / PROGRAMMES - SERVICES		Résultats P13 2009- 2010	Résultats attendus 2010- 2011	Résultats P13 2010- 2011	Commentaires
SANTÉ PHYSIQUE (suite)					
Urgence santé physique	Séjour moyen sur civière - tous	18,3	Moins de 11 heures	17,98	En moyenne, 25 à 28 patients en fin de soins actifs occupent des lits de courte durée. Ceci provoque l'engorgement des lits avec un impact sur les indicateurs de l'urgence. L'organisation met tous les efforts à remédier à la situation mais nous soignons une clientèle très âgée et le retour à domicile est souvent compromis. Les ressources alternatives sont nettement insuffisantes pour répondre aux besoins.
	Séjour moyen sur civière - personnes de 75 ans et +	20	Moins de 11 heures	19,97	
	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière - tous	2,7 %	1 %	2,5 %	
	Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière - personnes de 75 ans et +	2%	1%	2,2%	
Soins palliatifs à domicile	Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	462	462	408	Nous suivons toutes la clientèle référée en soins palliatifs sans délai. Il n'y a pas d'attente pour ce service.
	Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	28,46	16	21,49	
Volumes de chirurgies Hôpital Fleury	Nombre d'arthro- plasties de la hanche réalisées	276	243	100	
	Nombre d'arthro- plasties du genou réalisées			198	
	Nombre de chirur- gies de la cataracte réalisées	1 652	1 903	2 225	
	Nombre de chirur- gies d'un jour réa- lisées (excluant cataractes)	1 856	2 278	1 843	Malgré nos efforts, la cible n'est pas atteinte en chirurgie d'un jour. Un des chirurgiens productif dans ce secteur n'est actuellement pas en mesure de faire ses volumes habituels. De plus, des difficultés majeures de disponibilité en anesthésiologie expliquent cet écart.
	Nombre de chirur- gies avec hospitali- sation réalisées (excluant PTH et PTG)	941	1 019	1 041	

INDICATEURS / PROGRAMMES - SERVICES		Résultats P13 2009- 2010	Résultats attendus 2010- 2011	Résultats P13 2010- 2011	Commentaires
SANTÉ PHYSIQUE (suite)					
Chirurgies (délais)	% de patients traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	98,6 %	90 %	100 %	
	% de patients traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	87,1 %	90 %	96,4 %	
	% de patients traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	99,3 %	90 %	99,6 %	
	% de patients traités dans les délais pour une chirurgie d'un jour excluant les cataractes	88,1 %	90 %	93,7 %	
	% de patients traités dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation, sauf PTH, PTG et cataractes	95,2 %	90 %	97,0 %	
RESSOURCES HUMAINES					
Main-d'œuvre	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	4,28 %	4,28 %	4,65 %	Légère hausse observée en raison de l'augmentation des cas de chirurgie.
	Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières	60,54 %	60,54 %	63,7 %	

INDICATEURS / PROGRAMMES - SERVICES		Résultats P13 2009- 2010	Résultats attendus 2010- 2011	Résultats P13 2010- 2011	Commentaires
RESSOURCES HUMAINES (suite)					
	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier	3,77 %	3,69 %	3,50 %	
	Pourcentage des heures supplé- mentaires travail- lées par l'ensem- ble du personnel réseau	2,21 %	2,17 %	1,99 %	
	Pourcentage de recours à la M.O.I. en personnel infir- mier	19,18 %	18,11 %	19,44 %	Malgré les solutions alternatives instaurées au cours de l'automne, la situation demeure préoccupante particulièrement à l'Hôpital Fleury où les débordements fréquents ont diminué les effets escomptés par les actions réalisées.
	Pourcentage de recours à la M.O.I. pour les infirmiè- res auxiliaires	12,64 %	11,93 %	14,91 %	
	Pourcentage de recours à la M.O.I. pour les préposés aux bénéficiaires	4,32 %	4,08 %	0,99 %	

Conseil d'administration et ses comités

Conseil d'administration

(Collège électoral)

au 31 mars 2011

Les officiers

DENIS ROUSSEAU

Président

(Population)

JACQUES MONETTE

Trésorier

(Comité des usagers)

FRANÇOIS BÉRARD

Vice-président

(Population)

DIANE DAIGLE

Secrétaire

(directrice générale)

Membres

DENISE BLEAU

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

RÉJEANNE GAUTHIER

(Conseil des infirmières et infirmiers)

CARMEN CHARETTE

(Comité des usagers)

ROBERT GUERRIERO, c.a.

(Cooptation)

FRANÇOISE CLOUTIER

(Cooptation)

ERNEST NORMAND

(Personnel non clinique)

FRANÇOIS DUFRESNE, c.a.

(Fondation)

JACQUES PARADIS, médecin

(Département régional de médecine générale)

ÉTIENNE DUMAIS-ROY

(Conseil multidisciplinaire)

CHRISTIANE RICHARD, médecin

(Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens)

GASTON FRÉCHETTE, avocat

(Population)

ÉDITH SAUVAGEAU

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

LUC GAUTHIER

(Population)

GERVAISE TARDIF

(Conseil multidisciplinaire)

Les comités du conseil d'administration

Comité de vigilance et de la qualité

Composition du comité

(au 31 mars 2011)

Denise Bleau

Carmen Charette

Diane Daigle, directrice générale

France Dumont, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Denis Rousseau

Édith Sauvageau, présidente du comité

Ce comité, créé par le conseil d'administration, est responsable :

- d'assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux (Protecteur du citoyen) relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées conformément aux dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2* (la Loi) ou de la *Loi sur le Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, L.R.Q., c. P-31.1*
- de coordonner l'ensemble des activités des autres instances mises en place au sein du CSSS d'Achutesic et Montréal-Nord pour exercer des responsabilités portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus ainsi que le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes et d'assurer le suivi de leurs recommandations
- de veiller à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

Confidentialité

- Toutes les réunions du comité sont confidentielles et se tiennent à huis clos.
- Le comité ne recueille et ne détient que les renseignements nécessaires à l'exécution de ses responsabilités. Ces renseignements doivent, sauf exception, être recueillis sous une forme anonyme. L'accès aux documents conservés par le comité s'exerce conformément aux règles légales applicables. Le comité doit prendre toutes les mesures de sécurité pour assurer le caractère confidentiel des documents qu'il détient ou conserve, dans l'exercice de ses fonctions.

Dossiers traités ou en suivi

Le comité aura tenu six réunions entre septembre 2010 et juin 2011. Plusieurs dossiers ont été traités ou sont en suivi, dont :

- les situations en traitement par le Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
- les autres fonctions et activités de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
- le rapport annuel 2009-2010 du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
- le rapport et le plan d'action issus de la visite ministérielle au Centre d'hébergement Légaré
- le rapport annuel 2009-2010 du Protecteur du citoyen

- les priorités de travail du comité de gestion des risques pour l'année 2010-2011
- les résultats du sondage sur les services posthospitaliers de réadaptation
- la démarche d'unification des différentes évaluations
- le rapport de suivi de la visite d'inspection du Collège des médecins du Québec
- le rapport d'inspection professionnelle de l'Ordre des pharmaciens du Québec sur les services de préparation des produits stériles
- les résultats du sondage sur la satisfaction de la clientèle
- le plan directeur qualité
- les priorités du comité de pilotage en hébergement
- le suivi des recommandations issues des visites ministérielles dans les centres d'hébergement de Louvain, Légaré et Paul-Lizotte
- le projet de réorganisation des soins et services en hébergement
- le suivi de l'implantation du programme d'hébergement pour évaluation et orientation (programme 68) et des ressources intermédiaires
- la réflexion sur la mixité dans les centres d'hébergement
- les rapports annuels 2010-2011 et les perspectives de travail 2011-2012 du comité des usagers, du conseil multidisciplinaire, du conseil des infirmières et infirmiers et du conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires
- les rapports annuels 2010-2011 du comité consultatif sur les activités de recherche et du comité d'éthique appliquée, ainsi que le plan d'action 2010-2012 du comité d'éthique appliquée
- le rapport annuel 2010-2011 du comité de gestion des risques
- le rapport annuel 2010-2011 du Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
- le bilan des travaux 2010-2011 et le plan de travail 2011-2012 du comité de vigilance et de la qualité

Documents déposés

Afin d'appuyer les travaux du comité, plusieurs documents ont été déposés :

- Rapport annuel 2009-2010 du comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, juin 2010
- L'écoute de nos usagers, un pas de plus vers l'amélioration de nos services
Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, septembre 2010
- Visites d'appréciation de la qualité – plan d'amélioration pour l'année 2010-2011
Direction des services aux aînés, 27 septembre 2010
- Rapport annuel d'activités 2009-2010 (extraits)
Le Protecteur du citoyen
- Rapport d'investigation du coroner (A-308859) 145531
Bureau du coroner, Québec, 21 septembre 2010
- Priorités retenues au comité de gestion des risques – année 2010-2011
Direction générale adjointe
- Résultats de l'enquête sur la satisfaction des services posthospitaliers
Jacqueline Gervais, conseillère cadre à l'amélioration continue de la qualité
- Exemples de démarches à suivre dans l'outil de suivi des recommandations
Christian Pepin, adjoint en procédés cliniques et administratifs
- Rapport du suivi de la visite d'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, octobre 2010

- Le traitement des plaintes au CSSSAM-N – aide-mémoire à l'intention du personnel
Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
- Sommaire du rapport d'inspection professionnelle de l'Ordre des pharmaciens du Québec - Services de préparation des produits stériles
Michel Chaloux, chef du Département de pharmacie, 3 février 2011
- Cadre de référence sur la qualité : mandat du comité, comité de rédaction, calendrier des rencontres
Jacqueline Gervais, conseillère cadre à l'amélioration continue de la qualité
- Extraits du rapport sur les résultats du sondage sur la satisfaction de la clientèle
Centre de santé et de services sociaux d'Achutesic et Montréal-Nord, février 2011
- Agrément 2011 – Résultats des sondages auprès des usagers : présentation au comité de vigilance et de la qualité
Centre de santé et de services sociaux d'Achutesic et Montréal-Nord, février 2011
- Rapport – Sondage sur la culture de sécurité – Agrément 2011
Mise à jour 10-01-2011
- Tableaux – résultats des sondages auprès des résidents
Définition des trois indicateurs de satisfaction et des douze dimensions de la qualité d'un service
Suivi des priorités 2009-2012 du comité de pilotage de l'amélioration de la qualité du milieu de vie en hébergement
Centre de santé et de services sociaux d'Achutesic et Montréal-Nord, mise à jour 16 février 2011
- Visites d'appréciation de la qualité – plan d'amélioration pour l'année 2010-2011 – Centre d'hébergement Légaré (mise à jour)
Bilan du suivi donné aux recommandations à la suite des visites d'appréciation de la qualité pour les établissements visités en 2006-2007 – Centre d'hébergement Paul-Lizotte (mise à jour)
Bilan du suivi donné aux recommandations à la suite des visites d'appréciation de la qualité pour les établissements visités en 2006-2007 – Centre d'hébergement de Louvain (mise à jour)
Direction des services aux aînés, dépôt avril 2011
- Projet de réorganisation des soins et services en hébergement – version finale avril 2011
Johanne Pednault, directrice des services aux aînés, 26 avril 2011
- Rapport annuel 2010-2011
Comité des usagers
- Rapport annuel du conseil multidisciplinaire au conseil d'administration – année 2010-2011
Sommaire des activités des comités de pairs 2010-2011
Sommaire des bourses et des budgets spéciaux 2010-2011
Conseil multidisciplinaire, dépôt avril 2011
- Comité consultatif sur les activités de recherche (comité d'éthique à la recherche) – Rapport d'activités 2010-2011
Direction générale adjointe, 28 avril 2011
- La qualité au cœur de nos actions. Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. Rapport annuel 2010-2011
Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, mai 2011
- Comité de vigilance et de la qualité. Bilan des travaux 2010-2011 – Plan de travail 2011-2012
Comité de vigilance et de la qualité, mai 2011
- Comité d'éthique appliquée. Rapport d'activités 2010-2011
Comité d'éthique appliquée. Plan d'action 2010-2012
Équipes et chefs de programme - ambassadeurs du comité d'éthique appliquée
Chantal Ferland, présidente du comité d'éthique appliquée, 17 mai 2011

- Rapport annuel du conseil des infirmières et infirmiers au conseil d'administration – année 2010-2011
Conseil des infirmières et infirmiers, dépôt mai 2011
- Rapport annuel du comité de gestion des risques 2010-2011
Direction générale adjointe, 26 mai 2011

Résultats

Les travaux menés par le comité de vigilance et de la qualité, au cours de 2010-2011, possédaient certaines caractéristiques et ont permis l'atteinte de résultats.

Résultats atteints

- Poursuite des travaux consolidés du comité
- Travail rigoureux, structuré et organisé
- Point de convergence de grands dossiers avant le dépôt au conseil d'administration
- Rapports plus substantiels au conseil d'administration

Résultats en cours de réalisation

- Suivis davantage systématisés

Plan de travail 2011-2012

Outre les dossiers qui pourraient s'ajouter en cours d'année, les membres du comité de vigilance et de la qualité comptent aborder les dossiers suivants au cours de 2011-2012 :

- Septembre 2011
 - Plan directeur qualité
 - Démarche d'unification des différentes évaluations pour un meilleur suivi
- Octobre 2011
 - Suivis du secteur de la gestion des risques (trois fois l'an)
 - Suivi des dossiers en continu *
- Décembre 2011
 - Suivi des dossiers en continu *
- Février 2012
 - Suivis du secteur de la gestion des risques (trois fois l'an)
 - Suivi des dossiers en continu *
- Mai 2012 (deux rencontres)
 - Rapports annuels des conseils de l'établissement : comité des usagers, conseil multidisciplinaire, conseil des infirmières et infirmiers, conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
 - Rapports annuels des instances de l'établissement : comité de gestion des risques, comité consultatif sur les activités de recherche, comité d'éthique appliquée
 - Rapport annuel du Bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services
 - Rapport annuel du comité de vigilance et de la qualité

* Liste des dossiers en continu

- Réorganisation des soins et services en hébergement : réflexion sur la mixité dans les milieux de vie; suivi de l'implantation du programme 68; suivi de l'implantation des ressources intermédiaires – automne 2011
- Accessibilité aux services de première ligne – automne 2011

- Amélioration continue de la qualité (Agrément et satisfaction de la clientèle)
- Suivi des plans d'action en soins infirmiers
- Suivi des plans d'action pour l'amélioration de la qualité dans les milieux d'hébergement
- Suivi de l'implantation et de l'appropriation du protocole d'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle (contention et isolement)
- Suivi des recommandations et du plan d'action du Service centralisé d'addition aux solutés (SCAS)
- Comité des usagers
- Accès aux services du comité de révision

Comité de gouvernance

Composition du comité

(au 31 mars 2011)

Denise Bleau
Gaston Fréchette, avocat
Réjeanne Gauthier
Denis Rousseau

Institué par règlement du conseil d'administration, ce comité exerce les fonctions suivantes :

- Rédige le règlement sur la régie interne de l'établissement et le code d'éthique et de déontologie des administrateurs
- Harmonise les règles, règlements, politiques et codes d'éthique de l'établissement et s'assure qu'ils soient conformes aux dispositions de la loi
- Assume toute autre fonction qui lui sera déléguée par le conseil d'administration
- Fait toute recommandation pertinente au conseil d'administration
- Fait rapport de ses activités au conseil d'administration à chaque fois que celui-ci le demande

Le comité de gouvernance s'est réuni à sept reprises au cours de l'année : 26 avril, 10 août, 12 octobre, 30 novembre 2010 et 17 février, 1^{er} mars, 14 mars 2011.

Comité de révision

Composition du comité

(au 31 mars 2011)

D^r André Beaupré, chirurgien
D^{re} Diane Chouinard, omnipratricienne
Luc Gauthier, président
Gaston Fréchette, avocat, président substitut

Ce comité a été créé en conformité avec les dispositions de la loi. Sauf lorsqu'une plainte est acheminée pour étude à des fins disciplinaires, le comité de révision a pour fonction, lorsque la demande lui en est faite par le plaignant ou par le professionnel visé par la plainte, de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte d'un usager ou de toute autre personne par le médecin examinateur d'un établissement du territoire de notre réseau local de services.

Le comité de révision a tenu quatre réunions durant l'année : 13 mai, 18 mai, 2 juin et 23 septembre 2010.

Comité de vérification

Composition du comité

(au 31 mars 2011)

François Dufresne, c.a.
Robert Guerriero, c.a.
Jacques Monette
Denis Rousseau

Ce comité exerce les fonctions suivantes :

- Avise le conseil d'administration sur le choix d'un vérificateur
- Examine l'étendue du travail de vérification du vérificateur et, s'il y a lieu, des responsables de la vérification interne
- Prend connaissance des résultats de la vérification et assure le suivi des recommandations
- Fait des recommandations au conseil d'administration concernant les états financiers et le rapport du vérificateur et, s'il y a lieu, concernant les conventions comptables et tout autre rapport de vérification
- Prévoit la possibilité de discuter en privé avec le vérificateur, de même que seul avec la direction
- Assiste le vérificateur et les vérificateurs internes dans le cours de leur mandat
- Formule des avis au conseil d'administration sur le contrôle interne de l'établissement et, s'il y a lieu, sur le travail de vérification externe et interne
- S'assure que les états financiers reflètent fidèlement la situation financière de l'établissement, l'évolution de celle-ci ainsi que les résultats de ses opérations
- Assume tout autre mandat relatif aux affaires financières de l'établissement que lui confie le conseil d'administration

Le comité de vérification s'est réuni à sept reprises durant l'année : 28 avril, 10 juin, 14 juin, 27 septembre, 18 novembre 2010 et 20 janvier, 17 mars 2011.

Il a tenu deux conférences téléphoniques : 10 février et 1^{er} mars 2011.

Comité des ressources humaines

Composition du comité

(au 31 mars 2011)

Ernest Normand
Gaston Fréchette, avocat
Jacques Paradis, médecin
Diane Daigle, directrice générale
Denis Rousseau

Ce comité exerce les fonctions suivantes :

- Reçoit, commente et recommande l'adoption des orientations et stratégies en matière de gestion des ressources humaines et des relations de travail
- Assure le suivi des indicateurs de gestion relatifs aux ressources humaines et porte à l'attention du conseil d'administration tout élément significatif qui y apparaît
- Fournit un support-conseil au directeur général quant à la sélection et la nomination des cadres supérieurs

- S'assure que la politique sur l'attribution des bonis au rendement pour les cadres adoptée par le conseil d'administration est respectée
- Fait rapport au conseil d'administration à la suite de chaque réunion

Le comité des ressources humaines a tenu six rencontres au cours de l'année : 14 avril, 8 juin, 19 octobre, 29 novembre 2010 et 22 février, 21 mars 2011.

Comité d'évaluation du directeur général

Composition du comité

(au 31 mars 2011)

François Bérard
Luc Gauthier
Robert Guerriero, c.a.
Denis Rousseau

Institué par règlement du conseil d'administration, ce comité exerce les fonctions suivantes :

- Planifie, avec le directeur général, la démarche d'évaluation
- Établit, avec le directeur général, les objectifs et résultats attendus
- Évalue les résultats obtenus
- Fait toute recommandation pertinente au conseil d'administration
- Au plus tard le 31 mai de chaque année, et à toute les fois que le demande le conseil d'administration, le comité d'évaluation du directeur général fait rapport de ses activités au conseil d'administration

Le comité d'évaluation du directeur général s'est réuni deux fois : 12 avril et 10 août 2010.

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

Composition du comité

(au 31 mars 2011)

Carmen Charette
Denis Rousseau
Édith Sauvageau

Institué par règlement du conseil d'administration, ce comité exerce les fonctions suivantes :

- Planifie, avec le commissaire, la démarche d'évaluation
- Établit, avec le commissaire, les objectifs et résultats attendus
- Évalue les résultats obtenus
- Fait toute recommandation pertinente au conseil d'administration

Le comité d'évaluation du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a tenu une rencontre au cours de l'année : 29 septembre 2010.

Comité de réflexion sur la planification stratégique

Composition du comité

(au 31 mars 2011)

François Bérard
Françoise Cloutier
François Dufresne, c.a.
Étienne-Dumais Roy
Diane Daigle, directrice générale
Réjeanne Gauthier
Denis Rousseau
Édith Sauvageau
Gervaise Tardif

Ce comité est un comité ad hoc dont les discussions et travaux portent principalement sur :

- le plan d'organisation du CSSAM-N
- la planification stratégique
- l'organisation d'un concours d'excellence (*Prix Reconnaissance Innovation*)

Le comité de réflexion sur la planification stratégique s'est réuni à cinq occasions au cours de l'année : 7 juin, 8 septembre, 13 octobre, 3 et 10 novembre 2010.

Comité d'éthique appliquée

Composition du comité

(au 31 mars 2011)

Chantal Asselin, représentante du CII
Monique Audet, conseillère en éthique
Normand Campbell, représentant du personnel détenant le titre d'emploi *auxiliaire aux services de santé et sociaux*
Chantal Ferland, représentante du CM, présidente
Jean-Claude Fillion, représentant du personnel détenant le titre d'emploi *préposé aux bénéficiaires*
D^{re} Johanne Garceau, représentante du CMDP
Andrée-Anne Naud, représentante du CM
Claude Pelletier, représentant de la population (Ahuntsic)
André Toan Huy Phan, représentant de la population (Montréal-Nord)
Marianne Poisson, représentante du CM
D^{re} Sylvie Rhéaume, représentante du CMDP
Suzanne Valois, représentante du CII
Poste vacant, représentante de la DAMH

Tenue de 10 réunions durant l'année

Deux nouveaux membres issus de la population ont été recrutés via le comité des usagers en remplacement des deux membres qui avaient donné leur démission. Le comité a pu rapidement accueillir ces deux personnes, l'une représentant la population d'Ahuntsic et la seconde celle de Montréal-Nord.

Le mandat des membres est d'une année, renouvelable à la fin de celui-ci. En cours d'année, plusieurs membres ont renouvelé leur mandat et le tout a été entériné par le conseil d'administration.

Le conseil d'administration, sur recommandation des membres du comité, a nommé, à sa séance du 25 janvier 2011, Madame Chantal Ferland à titre de présidente et Madame Andrée-Anne Naud comme vice-présidente. Madame Isabelle Gagné, conseillère cadre en communication, agit à titre de personne-ressource afin de soutenir les travaux du comité; elle participe aux rencontres sur invitation de la présidente. Madame Dominique Débrosse, technicienne en administration, agit à titre de secrétaire du comité

Principales réalisations du comité d'éthique appliquée en 2010-2011

▪ Rôle d'ambassadeur

Dans un objectif d'accessibilité et de proximité, chaque membre du comité agit comme ambassadeur dans l'une de nos installations. Le rôle de l'ambassadeur est multiple : être un vecteur entre les employés et le comité pour recueillir les demandes et commentaires qui s'adressent au comité pour que ceux-ci soient traitées lors des réunions, renseigner ou rencontrer les équipes de soins pour discuter du rôle et des mandats du comité ou récolter leurs besoins, aider l'employé qui le désire à compléter sa demande de consultation ou l'informer de la procédure. Ainsi, il peut arriver que l'ambassadeur soit la première personne à qui l'employé présente sa demande; au cours de cette démarche, il se doit de pouvoir la recueillir sans s'avancer dans la consultation éthique.

▪ Présentation du comité aux équipes de soins

Le comité a dressé une liste exhaustive de l'ensemble des équipes de soins et de soutien. Chacun des ambassadeurs a sollicité les chefs d'équipe pour une courte présentation du comité au sein de leur équipe : rôle et mandats, présentation d'intranet, soutien à une demande de consultation, etc. Cette vaste démarche qui a débuté en janvier 2011 permettra à chacune des équipes d'identifier son ambassadeur et d'être informée des mandats du comité. Cette activité rejoindra beaucoup de gens qui ne connaissent pas l'existence du comité.

▪ Début des consultations éthiques

Le comité a terminé la rédaction du formulaire « *Demande de consultation* » qui doit être utilisé par le personnel pour présenter une demande de consultation auprès du comité. Tout le personnel du CSSSAM-N peut faire une demande de consultation. Le comité a reçu cette année quatre demandes dont deux ont mené à des consultations.

Un avis juridique a été demandé auprès d'un bureau d'avocats pour tout ce qui a trait à la confidentialité et la conservation des documents du comité. À la suite de la réception de l'avis juridique, une discussion s'en est suivie en présence de la conseillère en éthique, de la présidente, de la personne ressource du comité et de la directrice générale adjointe pour décider de la meilleure position à adopter. Ainsi, une décision finale a été prise à savoir que les documents émanant d'une demande de consultation seront conservés dans les archives du comité et non déposés au dossier de l'utilisateur concerné par la demande de consultation éthique. Une mise en garde aux employés sera indiquée sur le formulaire de demande de consultation et sur l'avis éthique quant à la diffusion, à la conservation et à la confidentialité des informations qu'ils contiennent. Ces documents demeurent soumis à la *Loi sur l'accès aux documents des organisations publiques et sur la protection des renseignements personnels*.

▪ Offre de formation aux équipes de soins

En novembre 2010, le comité a acheminé une lettre à tous les chefs d'équipes proposant une formation aux équipes de soins. Cette formation à la délibération éthique est offerte au sein des réunions de services pour permettre de rejoindre les équipes multidisciplinaires, assises importantes de la discussion éthique. L'objectif est d'outiller les équipes à la méthode de délibération éthique pour permettre non seulement la discussion mais également la prise de décision dans des situations chargées d'ambiguïté. Le comité a toutefois mis en veilleuse cette offre de formation aux équipes de soins dans le contexte de la Loi 100.

▪ **Affichage sur l'intranet**

L'espace développé sur le site intranet du CSSSAM-N présente de façon continue des informations factuelles sur le comité : fonctionnement, mandat, composition, calendrier des réunions et modalités à suivre pour une demande de consultation éthique. Une liste de site Internet discutant d'éthique et une liste de livres et de textes de référence y seront sous peu déposées.

▪ **Formation continue des membres du comité**

La formation continue des membres s'est poursuivie de même que la formation de base aux nouveaux membres grâce aux captations vidéos des formations antérieures.

▪ **Série d'articles dans *Le Cercle***

Le comité a utilisé le journal *Le Cercle* pour diffuser l'information le concernant. Il a été décidé que tout au cours de la prochaine année chacun des membres y écrira un article.

▪ **Modification des Règles de fonctionnement**

Au cours de l'automne 2010, le comité a proposé des modifications à ses *Règles de fonctionnement*, dont la modification de l'appellation du comité. Ces modifications respecteront davantage le fonctionnement du comité à la suite de l'expérience acquise au cours des dernières années. La décision de demander un avis juridique sur la conservation et la confidentialité des documents du comité a retardé la démarche de révision des *Règles de fonctionnement*. Toutefois, le comité a jugé que ce délai était essentiel pour bien baliser ces aspects. Le comité est maintenant en mesure de finaliser ses *Règles de fonctionnement* qui devront toutefois être entérinées par le conseil d'administration à l'automne 2011.

Objectifs pour l'année 2011-2012

Les objectifs généraux du comité étant atteints, il est maintenant important de poursuivre une cadence de représentation au sein des équipes de soins (rôle des ambassadeurs), de maintenir l'information accessible (intranet, *Le Cercle*), de poursuivre la formation aux équipes et l'offre de consultation. Les objectifs pour la prochaine année englobent les trois mandats du comité, soit l'information, la formation et la consultation.

Tout d'abord au plan de l'information, le comité continuera de se centrer sur le rôle des ambassadeurs. Les objectifs pour la prochaine année seront de continuer à développer l'aisance et la présence des ambassadeurs au sein de leur installation et au sein des activités d'information. Les membres continueront de définir ce rôle et de se donner du support au sein de sa réalisation. Au plan de l'information, la série d'articles dans *Le Cercle* se poursuivra pour que chacun des membres puisse y participer.

L'offre de formation aux équipes de soins est toujours présente. Selon les modalités de l'établissement quant à la formation, le comité pourrait relancer cette offre au début de chaque trimestre en acheminant un courriel aux gestionnaires.

Le comité continuera de recevoir les demandes de consultation éthique provenant du personnel. Suivant les demandes reçues au cours de l'année, il devra réfléchir à la façon dont il peut répondre le plus adéquatement possible à ces demandes. Il devra évaluer la pertinence et la faisabilité d'offrir différentes modalités de consultations ponctuelles entre les réunions pour répondre à des situations jugées plus urgentes ou pour répondre plus succinctement à des situations qui ne demanderaient pas nécessairement la délibération par l'ensemble du comité.

Les membres du comité poursuivront leur formation continue via les rencontres et les formations offertes par la conseillère en éthique, mais également par leur participation à des conférences et colloques qu'ils présenteront à leur tour aux membres du comité pour discussion et apprentissage.

Également, les membres sont et demeureront à l'affût de l'actualité qui touche les problèmes éthiques en santé (ex. euthanasie, consentement aux soins, etc.) et en discuteront entre eux dans un objectif de pouvoir être des personnes-ressources.

Comité consultatif sur les activités de recherche (comité d'éthique de la recherche)

Composition du comité (sur une base *ad hoc*)

(au 31 mars 2011)

D^r Marcel Baltzan, représentant du CMDP

Chantal Ferland, représentante du CM, présidente

Isabelle Gagné, conseillère cadre en communication, coordonnatrice du comité

D^{re} Johanne Garceau, représentante du CMDP

Suzanne Valois, représentante du CII

Dominique Débrosse, technicienne en administration, agit à titre de secrétaire du comité

Tenue de 5 réunions durant l'année
Acceptation de 4 nouveaux projets de recherche
Refus de trois projets de recherche

À la suite d'une correspondance de l'Unité d'éthique du ministère de la Santé et des Services sociaux, lettre datée du 30 avril 2010 nous avisant que notre appellation « Comité d'éthique de la recherche » ne respectait pas les bonnes pratiques puisque notre comité ne comportait pas parmi ses membres une personne spécialisée en éthique ni une personne spécialisée en droit, nous avons amorcé les changements requis par cette instance.

L'entente d'affiliation avec le *Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal* qui agit comme comité d'éthique de la recherche central pour notre établissement, nous permet de continuer à accepter des projets de recherche. Son rôle est d'évaluer les qualités éthiques, scientifiques et financières de tous les projets de recherche qui sont soumis au CSSSAM-N et d'en assurer le suivi continu du type passif. C'est également ce dernier qui émet le *Certificat de conformité éthique* suite à une méthode proportionnelle d'évaluation éthique, c'est-à-dire en fonction des risques encourus pour les participants. Cette entente d'affiliation avec le *Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal* est toujours en vigueur.

Nouvelle orientation du comité – Période de transition

Au cours de la dernière année, nous avons donc apporté les changements requis par l'Unité d'éthique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Dans un premier temps, nous avons modifié notre appellation par « *Comité consultatif sur les activités de recherche* ».

À la suite de discussions avec des représentants de l'Unité d'éthique, nous avons amorcé une réflexion sur le type de fonctionnement qui pourrait le mieux répondre à nos besoins pour l'évaluation de la convenance locale des projets de recherche. Le comité de type *ad hoc* a été retenu, pour son fonctionnement plus souple et pour éviter le dédoublement des tâches qui sont effectuées dans le cadre de notre entente d'affiliation par le Comité d'éthique de la recherche de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Suivant ces changements, le comité s'est donné comme mandat d'assurer l'étude de la convenance locale de toute recherche effectuée au sein de notre établissement en regard de la pertinence et du respect de notre population et de notre vocation.

Les *Règles de fonctionnement* devront être revues pour tenir compte des changements survenus.

Projets de recherche : renouvellement, étude de nouveaux projets, etc.

Moins d'une dizaine de recherches ont cours annuellement au sein du CSSS. Elles proviennent de chercheurs universitaires, d'étudiants de maîtrise ou de doctorat ou de chercheurs en santé publique.

L'ensemble du personnel et des médecins sont invités à référer au comité tout projet porté à leur attention, peu importe sa provenance, et ce, même s'il a déjà reçu l'autorisation éthique d'un autre établissement.

- Renouvellement des projets de recherche antérieurs à notre entente d'affiliation

Nous devons poursuivre le renouvellement des projets de recherche pour lesquels nous avons procédé à l'étude avant l'entrée en vigueur de notre entente d'affiliation en 2008. Nous effectuons un suivi passif de ces projets, c'est-à-dire que nous procédons au renouvellement annuel des projets en demandant aux chercheurs de nous informer de tout changement survenu en cours d'année.

- Trois projets ont été renouvelés pour une durée d'une année
- Trois autres projets font l'objet d'une demande de renouvellement auprès des chercheurs

- Étude de nouveaux projets

Les projets ont été étudiés et acceptés, à la fois par notre comité pour ce qui est de la convenance locale et par notre comité d'éthique de la recherche central en vertu de notre entente d'affiliation pour ce qui est de l'évaluation des qualités éthiques, scientifiques et financières.

- Quatre projets ont été acceptés
- Deux projets, bien que d'intérêt, ont été refusés à la suite de l'étude de convenance jugeant que la disponibilité requise par les intervenants pour participer à ces recherches nuirait à la dispensation des services à la clientèle
- Un projet a été refusé car le chercheur ne tenait pas compte des questions portées à son attention par le comité et celles-ci nous semblaient importantes lors de l'examen éthique.

- Suspension d'un projet

Un projet approuvé en novembre 2009 a été définitivement suspendu par la chercheuse en décembre 2010 car aucun sujet n'avait été recruté au CSSSAM-N.

Rapport annuel à l'Unité d'éthique

Étant donné que tous les projets de recherche qui ont lieu dans notre CSSS reçoivent un certificat de conformité éthique émis par notre comité d'éthique de la recherche central dans le cadre de notre entente d'affiliation, nous n'avons pas l'obligation de produire un rapport annuel auprès de l'Unité d'éthique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce rapport est déposé par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, et celui-ci comprend les projets impliquant notre CSSS.

Objectifs pour l'année 2011-2012

Il s'agira de finaliser la révision du mandat, des rôles et du fonctionnement du comité et d'établir de nouvelles règles de fonctionnement du comité qui devront être approuvées par le conseil d'administration.

Comité des usagers et comités de résidents

Comité des usagers

Composition du comité

(au 31 mars 2011)

Luc Armand, représentant du comité de résidents du Centre d'hébergement Laurendeau, *trésorier*

Robert Aubin, représentant de la population, *président*

Carmen Charette, représentante du comité de résidents du Centre d'hébergement Légaré

Murielle Dumont, représentante de la population, *conseillère*

Monique Fouquereau, représentante de la population *

Louise Houde, représentante de la population, *vice-présidente*

Serge Lemire, représentant de la population*

Poste vacant, représentant du comité de résidents du Centre d'hébergement de Louvain

Poste vacant, représentant du comité de résidents du Centre d'hébergement Paul-Lizotte

* Ces deux membres se sont joints au comité à la suite des élections le 25 mars 2011.

Mandat général du comité

Le comité des usagers est le gardien des droits des usagers. Il travaille pour que la dignité des usagers soit respectée et que leurs droits et libertés soient reconnus. Il poursuit des objectifs importants: respect, qualité des services, satisfaction du patient. Il a une préoccupation particulière envers les usagers les plus vulnérables. (voir LSSS S-4.2, articles 209 à 212)

Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année

Notre plan d'action a été approuvé par les membres lors de la réunion du 17 mai 2010.

Réunions

Le comité s'est réuni à 10 reprises avec un taux de participation de 100 %. Lors de ses réunions, il a reçu sept invités. Il a tenu une assemblée générale, le 2 novembre 2010, à laquelle 23 personnes ont participé.

Bilan des activités

Actions prises pour renseigner les usagers et pour améliorer leur qualité de vie

- Publication d'une chronique mensuelle dans les journaux sur les droits et obligations des usagers, avec la collaboration du bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (janvier à mars 2011)
- Distribution de notre dépliant aux portes de tous les logements du territoire (3 mars 2011)
- Installation de présentoirs pour la distribution de notre dépliant dans les installations du CSSSAM-N

Soulignons que nos outils de communication (dépliant et affiche) ont mérité le prix *Excellence en information* décerné par le Regroupement provincial des comités des usagers.

- Publications
 - Un article dans les journaux locaux à deux reprises (6 novembre 2010 et 11 janvier 2011)
 - Un article dans le journal interne *Le Cercle* (décembre 2010)
 - Un article à l'Association québécoise des retraités (décembre 2010)
 - Création d'un site web d'une douzaine de pages

- Acquisition d'une adresse courriel (info@comitedesusagers.org)
- Acquisition d'une adresse Web (comitedesusagers.org)

Actions prises pour l'évaluation du degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus

- Participation à la visite ministérielle du Centre d'hébergement Légaré
- Suivi avec intérêt de l'enquête de satisfaction menée à l'été 2010

Actions prises pour la défense des intérêts collectifs et particuliers des usagers

- Participation à la révision du code d'éthique du CSSS-M-N
- Traitement des commentaires ou plaintes des usagers (40 personnes aidées)
- Réflexion sur la façon de traiter les plaintes
- Suivi des activités du conseil d'administration et de la direction générale : planification stratégique, services aux usagers, budget, demandes des syndiqués, participation à la séance publique d'information, présentation au comité de vigilance et de la qualité, etc.

Suivi des activités des comités de résidents

- Assurer le bon fonctionnement de chacun des comités de résidents, en particulier ceux qui n'ont pas de représentant au comité des usagers, notamment les comités de résidents des centres d'hébergement de Louvain et Paul-Lizotte
- Utilisation de notre personne-ressource et soutien financier
- Début de réflexion sur la cohabitation des malades physiques et psychologiques

Résultats obtenus eu égard aux objectifs fixés pour l'année

Nous avons atteint la grande majorité de nos objectifs.

Perspectives d'action pour la prochaine année

En 2010-2011, nous voulons continuer à contribuer à centrer les soins et services sur le mieux-être des usagers. En plus de reprendre plusieurs des actions de l'année dernière, nous avons l'intention :

- d'acheter de l'équipement pour les usagers (mesure d'exception autorisée par le Ministère)
- d'assurer un suivi aux insatisfactions exprimées par les usagers
- former les nouveaux membres du comité
- rejoindre des groupes dans la communauté

Recommandations

Nos recommandations ont été acheminées par les canaux prévus tout au cours de l'année.

Conclusion

Alors que l'année précédente avait été surtout marquée par l'adoption de nos règles de fonctionnement, le point fort de cette année a été la communication avec les usagers : dépliants, chroniques et boîte vocale, qui ont servi à les appuyer dans leurs droits et responsabilités.

L'engagement d'une personne-ressource a permis un travail plus professionnel et un soutien plus continu aux comités de résidents. Nos relations avec le CSSS se sont développées par différentes participations et la collaboration dévouée d'Isabelle Gagné, conseillère cadre en communication et Roseline Veilleux, coordonnatrice des activités spécialisées et conseillère en milieu de vie.

L'année qui vient, si nos projets se concrétisent, sera dominée par la participation à des dossiers plus larges (hébergement, attente) et l'intégration de deux nouveaux élus pour les trois prochaines années. De plus, nous continuerons certaines réalisations de 2010-2011.

Les comités de résidents

Comité de résidents du Centre d'hébergement de Louvain

Composition du comité

(au 31 mars 2011)

Suzanne Charbonneau, résidente
Winsor Devalus, résident
Laure Lacombe, résidente
Clément Proulx, représentant de famille

Béatrice Giard, résidente
Françoise Dufour, résidente
Claudette Lortie, résidente

Mandat général du comité

Faire suivre leurs demandes et les accompagner au besoin pour porter plainte, s'ils jugent que leurs droits ne sont pas respectés.

Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année

Donner plus de visibilité au comité de résidents pour que ses services soient plus utilisés.

Réunions

Une réunion a eu lieu le 19 novembre 2010. Le nouveau comité a repris ses fonctions au mois de février 2011 et a tenu deux rencontres : 11 et 18 février 2011. Aucune assemblée générale n'a eu lieu.

Bilan des activités

Actions prises pour renseigner les résidents et pour améliorer leur qualité de vie :

- Le comité a soutenu financièrement la remise d'un calendrier soulignant les droits des résidents, à chaque résident et au futur admis.

Actions prises pour la défense des intérêts collectifs et particuliers des usagers :

- Les membres se sont réunis afin de faire part de leur mécontentement face aux travaux entrepris pour le projet de la gare Sauvé. Ils ont décidé de préparer une lettre qu'ils ont adressé au président-directeur général de l'Agence métropolitaine de transport. Ce projet rassembleur a permis de consolider le comité et de développer leur intérêt à l'amélioration de leur milieu de vie.

Perspectives d'action pour la prochaine année

- Finaliser la structure et le fonctionnement, et désigner un représentant au comité des usagers
- Augmenter la présence des représentants de famille et de bénévoles au sein du comité
- Travailler la visibilité du comité auprès de la clientèle hébergée, de leurs proches, des bénévoles et des employés du Centre d'hébergement de Louvain
- Présentation d'une pièce de théâtre sur les droits des résidents
- Maintenir le calendrier comme moyen efficace de faire connaître leurs droits aux résidents

Conclusion

Pour l'année 2011-2012, madame Louise Houde, membre du comité des usagers, agira comme personne-ressource auprès du comité de résidents du Centre d'hébergement de Louvain et elle le représentera lors des réunions du comité des usagers. Le rôle de madame Houde prendra fin aussitôt qu'un président aura été élu. Avec la collaboration de la personne-ressource du comité des usagers, madame Lise Liboiron, les membres du comité devraient se sentir plus encadrés et plus enclins à exercer leur rôle.

Comité de résidents du Centre d'hébergement Laurendeau

Composition du comité

(au 31 mars 2011)

Luc Armand, représentant de famille, *président-secrétaire*
Lise Beauchamp, résidente, *conseillère*
Mabelle Curadeau, résidente, *officier*
Simone Deschamps, résidente, *trésorière*

Louise Bareil, bénévole, *officier*
Ronald Campeau, résident, *vice-président*
Yvan de Montigny, résident, *officier*
Cécile Montpetit, résidente, *officier*

Mot du Président

Le comité est maintenant plus actif. Plus familiers avec leurs rôles, les membres se sont partagé des tâches et des responsabilités en fonction de leurs capacités. Tous les membres ont à cœur le bien-être des résidents. Leur sécurité, la qualité des services et l'écoute des insatisfactions des résidents et de leurs proches demeurent des préoccupations du comité. Nous signalons l'implication de madame Lise Liboiron comme personne-ressource qui a contribué au bon fonctionnement du comité notamment en suivant les actions convenues lors des rencontres.

Fonctions du comité de résidents

Nous rappelons les trois fonctions de notre comité :

- Renseigner les résidents sur leurs droits et leurs obligations
- Promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des résidents et évaluer le degré de satisfaction des résidents à l'égard des services obtenus du centre d'hébergement
- Défendre les droits et les intérêts collectifs des résidents ou, à la demande d'un résident, ses droits et ses intérêts en tant que résident du centre ou de toute autre autorité compétente

En début d'année, une résidente a quitté le comité pour des raisons personnelles. Par ailleurs, deux résidents ont été élus : madame Curadeau et monsieur de Montigny. Monsieur Armand continue de représenter le comité des résidents au comité des usagers.

Sous-comité relevant du comité de résidents

Le comité des résidents n'a formé aucun sous-comité au cours de l'année.

Réunions

Il y a eu six réunions : 22 juin, 15 septembre, 27 octobre, 1^{er} décembre 2010, 12 janvier et le 23 février 2011. Le 6 octobre 2010 se déroulait l'assemblée générale annuelle.

Bilan des activités

- Les nouveaux membres ont reçu des documents qui décrivent notamment les fonctions du comité et ses règles de fonctionnement.
- Nous avons tenu à jour les affiches où apparaît le nom de chaque membre du comité avec leurs coordonnées. Ces affiches sont fixées près des portes des ascenseurs de chacun des étages afin de se faire connaître des résidents, de leur famille et de leurs proches.
- De même, un cadre avec les photos des membres du comité est désormais placé bien à la vue près de l'entrée de la salle à manger.
- Compte tenu de la bonne réception et avec la collaboration des trois autres centres d'hébergement du CSSSAM-N, nous avons fait à nouveau imprimer un calendrier. Sur la page de chaque mois, une obligation ou un droit des résidents est imprimé en plus d'une référence à notre comité. Chaque résident a reçu un calendrier et en cours d'année, les nouveaux résidents en recevront un.

- Le comité a poursuivi l'envoi de cartes de condoléances à un membre de la famille d'un résident décédé. Des membres de familles endeuillés nous ont d'ailleurs remerciés de ce geste.
- Le comité a reçu des appels d'insatisfaction de certains résidents. Un membre du comité communiquait avec les personnes concernées. Après une écoute, il les guidait dans des démarches opportunes pour trouver des solutions. Nous les référions au chef d'unité et la plupart du temps, une solution était élaborée. Sans solution satisfaisante, nous l'invitions à contacter la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.
- Le comité a communiqué au chef des Services techniques son désir de conserver les bassins d'eau puisque les résidents apprécient ces lieux.
- Le comité a été sollicité pour apporter leurs commentaires sur le guide d'accueil des nouveaux résidents et sur le guide de fin de vie.

Objectifs de la prochaine année

Le comité réfléchit à l'élaboration de différents objectifs pour la prochaine année. Notamment, il s'intéressera à la Friperie afin de trouver des solutions pour assurer la continuité de ce service fort apprécié des résidents et de leur famille.

Comité de résidents du Centre d'hébergement Légaré

Composition du comité

(au 31 mars 2011)

Denise Beauchamp, résidente
Carmen Charette, bénévole, *présidente*
Rose Legault-Jones, représentante de famille

Liliane Boulay, résidente
Louise Gagnon, résidente
Carmelle Richer, résidente

Mandat général du comité

- Faire connaître leurs droits aux résidents du Centre d'hébergement Légaré.
- Faire suivre leurs demandes et les accompagner au besoin pour porter plainte, s'ils jugent que leurs droits ne sont pas respectés.

Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année

Donner plus de visibilité au comité de résidents pour que ses services soient plus utilisés.

Réunions

Le comité a tenu sept réunions, une réunion spéciale et une assemblée générale. Un taux de participation de plus de 90 %.

Bilan des activités

Actions prises pour renseigner les résidents et pour améliorer leur qualité de vie :

- Invitation de l'adjointe à la Direction des services aux aînés à participer à une réunion
- Rencontre avec celle-ci après chacune des réunions ou communication téléphonique
- Préparation d'un communiqué après chaque réunion pour les familles et les résidents

Actions prises pour l'évaluation du degré de satisfaction des résidents à l'égard des services obtenus :

- Aucun sondage comme tel, mais consultation verbale lors de la rencontre famille-résident avec café-gâteau
- Vigilance quotidienne des membres du comité sur le vécu des résidents

Actions prises pour la défense des intérêts collectifs et particuliers des usagers :

- Lettre à la directrice générale soulignant l'insatisfaction des résidents suite à la limitation à 5 pouces de l'ouverture des fenêtres, avec copie au Conseil de la protection des malades et au Regroupement provincial des comités des usagers pour que cette norme soit appliquée avec discernement.

Résultats obtenus eu égard aux objectifs fixés pour l'année

- Obtention d'un bureau avec présence 1 jour/semaine
- Obtention d'une ligne téléphonique confidentielle
- Achat de macarons très « voyant » pour souligner l'existence du comité de résidents de Légaré

Perspectives d'action pour la prochaine année

- Consolider la visibilité et l'efficacité du comité
- Présentation d'une pièce de théâtre sur les droits des résidents
- Maintenir le calendrier comme moyen efficace de faire connaître leurs droits aux résidents

Conclusion

Une année plutôt positive!

Comité de résidents du Centre d'hébergement Paul-Lizotte

Composition du comité

(au 31 mars 2011)

Céline Blanchette, bénévole
Francine Monette, résidente
Marie-Mai Rollin, résidente

Denise Clouette, résidente
Camille René, résidente

Mandat général du comité

- Faire connaître leurs droits aux résidents du Centre d'hébergement Paul-Lizotte
- Faire suivre leurs demandes et les accompagner au besoin pour porter plainte, s'ils jugent que leurs droits ne sont pas respectés.

Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année

Donner plus de visibilité au comité de résidents pour que ses services soient plus utilisés.

Réunions

Les trois réunions prévues ont été annulées. Il n'y a eu aucune assemblée générale.

Bilan des activités

Suivi des activités des comités de résidents : Calendrier sur les droits des résidents

Perspectives d'action pour la prochaine année

- Consolider la visibilité et l'efficacité
- Présentation d'une pièce de théâtre sur les droits des résidents
- Maintenir le calendrier comme moyen efficace de faire connaître leurs droits aux résidents

Conclusion

Pour l'année 2011-2012, madame Murielle Dumont, membre du comité des usagers, agira comme personne-ressource auprès du comité de résidents du Centre d'hébergement Paul-Lizotte et elle le représentera lors des réunions du comité des usagers. Le rôle de madame Dumont prendra fin aussitôt qu'un président aura été élu. Avec la collaboration de la personne-ressource du comité des usagers, madame Lise Liboiron, les membres de ce comité devraient se sentir plus encadrés et plus enclins à exercer leur rôle.

Conseils professionnels

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Composition du comité exécutif

(au 31 mars 2011)

D^{re} Nadia Baïche, *conseillère*

D^{re} Djamila Benmebarek, *vice-présidente*

D^{re} Marie Blaque, *conseillère*

Michel Chaloux, pharmacien, *trésorier*

D^{re} Geneviève Desbiens, *présidente*

Diane Daigle, directrice générale

D^{re} Johanne Garceau, *secrétaire*

D^r Bruno J. L'Heureux, directeur des affaires médicales et hospitalières et responsable de l'Hôpital Fleury

D^{re} Françoise Neveu, *conseillère*

Composition

Au 31 mars 2011, le CMDP comptait :

- 123 membres actifs
- 69 membres associés
- 40 membres conseils
- 2 membres affiliés
- 4 membres honoraires

Réunions du comité exécutif

Au cours de l'exercice 2010-2011, le comité exécutif a tenu :

- 8 réunion régulière : 16 juin, 30 août, 6 octobre, 3 novembre, 1^{er} décembre 2010 et 12 janvier, 23 février, 16 mars 2011
- une réunion extraordinaire, le 7 juillet 2010
- une réunion spéciale pour décision par mode informatique, le 15 septembre 2010

De plus, les médecins de l'exécutif se sont réunis plusieurs fois en comité de travail pour donner suite à la visite du Collège des médecins du Québec.

Réunions générales

- 4 réunions générales
- 1 réunion spéciale
- 1 réunion générale annuelle

Mandat général

Contrôler et apprécier la qualité, y compris la pertinence, des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques posées dans CSSSAM-N.

Objectifs spécifiques au cours de l'année

1. Donner suite aux recommandations du comité d'inspection professionnel du Collège des médecins du Québec (CMQ) et se baser sur les recommandations émanant de cette visite pour dresser un plan d'amélioration qui dépasse les attentes du CMQ afin d'être proactif en regard de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité de l'acte au CSSSAM-N.
2. Se doter d'outils de gestion nous permettant d'effectuer le suivi des démarches que nous entreprenons au sein du CMDP.
3. Maintenir les activités effectuées par les différents comités, départements et services en regard de l'étude de dossiers et de la rédaction des rapports qui en découlent.
4. Réaliser une planification stratégique qui s'aligne avec le besoin pressant d'hiérarchisation des services au CSSSAM-N afin de mieux utiliser nos ressources tel que souligné par le CMQ et l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
5. Revoir les règlements des départements et du CMDP afin d'y intégrer les éléments modifiés par les quatre objectifs précédents.

Bilan des activités des différents comités

► Comité d'examen des titres

Ce comité a tenu sept réunions.

► Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique

Ce comité a tenu quatre réunions. Les comités d'évaluation de cas critiques se sont réunis à trois reprises. Le sous-comité de tenue de dossiers s'est réuni à trois reprises. Les améliorations à la qualité et à la sécurité des services qui découlent des activités de ce comité sont :

- L'amélioration des communications des pathologies mettant en danger la vie des patients ou d'un organe par les radiologistes aux médecins traitants
- La réduction des délais dans les constats de décès
- L'amélioration de la prise en charge des formulaires AH-223
- L'amélioration du respect de la prise en charge pour un niveau de soins 4
- L'amélioration de la documentation disponible au dossier et de la tenue de ce dossier (prescriptions de départ, dossiers externes, écriture)
- L'amélioration de la transmission des résultats de laboratoires anormaux

► Comité de pharmacologie

Ce comité a tenu quatre réunions. Les principaux changements de pratique qui découlent de la revue de l'utilisation des médicaments sont :

- Le retrait des fioles concentrées de KCl
- La mise en place de mesures pour minimiser les risques de problèmes de rythmes associés à la prise de *dropéridol*
- L'identification et la dissémination des abréviations dangereuses à ne plus utiliser
- La modification de la durée de validité des prescriptions de *Warfarine* en hébergement

- L'introduction du *dabigatran (pradax)* afin de réduire les risques d'hémorragie dans le traitement visant la réduction des événements thromboemboliques

► **Comité de révision et d'élaboration des ordonnances**

Ce comité a tenu sept réunions. Les ordonnances collectives suivantes ont été révisées ou créées :

- OC1.15 Initier et administrer la contraception d'urgence
- OC1.18 Administration de *naloxone (Narcan)* en cas de dépression respiratoire et de sédation excessive
- OC1.19 Administrer de l'*épinéphrine* dans le cas d'une réaction allergique sévère ou devant l'imminence d'un choc anaphylactique autre que post-vaccinal
- OC1.20 Initier un traitement antibiotique suite à un résultat de dépistage chlamydia et gonorrhée positif
- OC3.2 Initier ou renouveler la prescription des bandelettes et des lancettes pour glucomètre
- OC4.2 Administrer de l'*Atropine* en cas de bradycardie symptomatique
- OC4.3 Initier la cardiostimulation externe temporaire
- OC4.4 Initier le traitement d'urgence des arythmies létales
- OC6.4 Ajuster le dosage d'insuline lors du suivi de la clientèle diabétique
- OC6.5 Assurer le suivi des personnes recevant un traitement d'anticoagulothérapie avec le *Warfarine*

► **Comité d'éducation médicale continue**

Ce comité a tenu une réunion.

► **Comité de don d'organes**

Ce comité n'a tenu aucune réunion.

► **Comité de révision des règlements (comité ad hoc)**

Le comité a tenu quatre réunions.

Actions prises pour le contrôle et l'appréciation de la qualité des actes médicaux, dentaires et pharmaceutiques

- Participation de trois membres de l'exécutif à la formation de l'Association des CMDP sur les pouvoirs du CMDP et des départements cliniques
- Mise à jour des documents de référence fournis par l'Association des CMDP et distribution de canevas de rapports pertinents aux chefs de services et de départements et au président du comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique
- Élaboration d'un guide sur les exigences attendues par le CMDP pour la rédaction des rapports par les comités, services et départements
- Préparation d'une formation sur mesure par l'Association CMDP d'une durée de 3 heures sur les études par critères objectifs et l'évaluation de la qualité de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique par les services et départements et le comité d'évaluation qui sera dispensée simultanément en septembre 2011 aux chefs de services et départements, présidents et membres de comités afin d'aligner l'amélioration de la qualité
- Formation d'un sous-comité de tenue de dossiers et analyses de dossiers
- Rencontre avec le Conseil des infirmières et infirmiers et le Conseil multidisciplinaire pour arrimer les efforts de tenue de dossiers entre les trois conseils professionnels
- Obtention des rapports trimestriels et annuels de la gestion des risques

- Réorganisation du cheminement des formulaires AH-223 impliquant potentiellement un médecin aux chefs de service et gestion des résultats partagée entre la gestion de risques et le CMDP
- Étude des cas de décès : hébergement, urgence, hospitalisation, soins intensifs, chirurgie
- Étude de morbidité par services
- Étude complétée (RUM) sur les opiacés et le monitoring de la douleur pour les patients en chirurgie pour PTG et PTH, sur les complications post-examens endoscopiques du tube digestif, sur le taux de mortalité et les complications des infarctus du myocarde après admission pour autre cause, sur les complications péri-procédurales lors des procédures hémodynamiques, sur la transmission des résultats de laboratoires anormaux en hébergement, à l'urgence et en hébergement
- En cours : étude sur les plaies de lit

Évaluation et maintien de la compétence des médecins, dentistes et pharmaciens

- Éducation médicale continue
- Évaluation par le chef de département (avec l'aide des chefs de service lorsque possible) lors des renouvellements de statuts et privilèges
- Évaluation lors de demande de statuts et privilèges

Travaux et recommandations émises par le comité exécutif

- Formation des comités et nomination d'un représentant au comité de gestion des risques.
- Délégation de membres au comité consultatif sur les activités de recherche, au comité d'éthique appliquée et au comité de révision des formulaires
- Dès juin 2010, poursuite de l'implication dans le dossier de la planification stratégique
- Approbation du programme des activités en éducation médicale continue
- Formation d'un comité ad hoc sur le positionnement du CMDP face au plan d'organisation et précisions des éléments sur lesquels nous étions en faveur ou en défaveur
- Préparation du rapport de suivi nécessaire à la suite de la visite d'inspection professionnelle de CMQ et suivis prévus au plan d'action
- Suggestion à la Direction des affaires médicales et hospitalières (DAMH) de faire les démarches nécessaires pour mettre en place les outils de télésanté permettant de recourir au centre de coordination et de référence du CHUM qui permettra le transfert de tous les cas électifs en spécialités et d'engager le dialogue pour le transfert des cas urgents avec le RUIS
- Demande à la DAMH de s'assurer que les listes de garde de tous les services et départements soient complètes
- Participation à la visite ministérielle qui a eu lieu dans notre établissement et défense du modèle de dispensation de soins souhaité
- Participation à la rencontre d'information sur la planification des effectifs médicaux spécialisés à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
- Nomination des chefs pour les services de l'hospitalisation, de l'hébergement, de l'urologie, du carcéral, de l'urgence, du CLSC d'Ahuntsic, de l'urgence psychiatrique et de l'hospitalisation psychiatrique et des chefs de département de biologie médicale et de psychiatrie
- Poursuite de l'étude des rapports des comités et du suivi des recommandations

- Prise de connaissance des recommandations et suivis effectués suite à la visite d'inspection de l'OPQ en mai 2010 en répondant aux recommandations concernant :
 - Arrêt de la préparation de nos produits stériles ayant une date de péremption supérieure à 24 heures
 - Formation du personnel sur les techniques de préparation des produits stériles
- Adoption du règlement sur l'émission et l'exécution des ordonnances
- Participation aux équipes formées en prévision de la visite d'Agrément Canada prévue pour mai 2011
- Suivi des recommandations du médecin examinateur
- Déploiement de l'utilisation du bilan comparatif des médicaments
- Étude du projet d'entente de service en gynécologie avec l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, en urologie et en ophtalmologie avec l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et en neurochirurgie avec le CHUM
- Participation à l'amélioration de l'algorithme de télécommunications pour rejoindre les médecins
- Prise de position suite aux rapports des comités d'évaluation de cas critiques et suivi des recommandations
- Étude du dossier de trésorerie
- Recommandation pour le prix Docteur Robert-L'Abbé qui sera remis en septembre 2011
- Révision des obligations et sanctions rattachées à la jouissance des privilèges, lesquelles sont énumérées sur le formulaire de renouvellement des statuts et privilèges et seront incorporées aux règlements en voie d'élaboration
- Rencontre des psychiatres ciblés par l'entente entre notre établissement et l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal afin d'évaluer et mieux comprendre les problèmes de qualité au sein de notre Département de psychiatrie
- Participation au forum RUIS du 25 mai 2011
- Création d'un tableau de bord de gestion au CMDP et obtention des autorisations pour procéder à son informatisation
- Rencontre avec le comité des usagers à deux reprises
- Participation à la Table des chefs
- Participation à la démarche de rédaction d'un cadre de référence pour l'amélioration continue de la qualité pour notre établissement
- Participation et organisation, en collaboration avec la direction générale et la DAMH, d'une journée de réflexion et de décision stratégique concernant la planification des effectifs médicaux spécialisés

Avis donnés au Conseil d'administration et à la Direction générale

- Commentaires sur le plan d'organisation et recommandation de son adoption
- Soutien de la démarche de la Direction générale pour augmenter la mobilisation des effectifs et proposition d'une démarche similaire émanant du CMDP
- Commentaires sur le code d'éthique et recommandation de son adoption
- Dénonciation du programme 68 en émettant un avis au Conseil d'administration sur les dangers qu'il implique pour notre clientèle fragilisée à travers ce programme inadapté

- Résumé des choix stratégiques et recommandations concernant la planification stratégique des effectifs médicaux spécialisés et la hiérarchisation des services
- Commentaires sur la procédure de transmission des valeurs critiques du laboratoire et recommandation de son adoption
- Commentaires sur la politique encadrant les droits d'impression et recommandation de son adoption
- Commentaires sur la politique d'épuration des dossiers et recommandation de son adoption
- Prise de connaissance de l'avis du conseil des infirmières et infirmiers sur les ongles et bijoux
- Commentaires sur la politique en alimentation infantile et recommandation de son adoption
- Commentaires sur la politique pour une saine alimentation et recommandation de son adoption
- Rencontre avec le président du conseil d'administration et les présidents des deux autres conseils (CII et CM) afin de clarifier notre désir de développer une approche plus participative concernant les politiques organisationnelles et la gestion
- Recommandation de l'adoption du programme de prévention et de contrôle des infections
- Commentaires sur la politique de demande de création, de modification ou de retrait d'un formulaire au dossier de l'utilisateur et comité d'approbation des formulaires et recommandation de son adoption
- Recommandations d'usage au conseil d'administration sur l'octroi de statuts et privilèges
- Avis à la directrice générale lors de l'octroi de privilèges temporaires
- Avis au conseil d'administration sur la nomination des chefs de service
- Demande au conseil d'administration pour recourir aux services de médecins experts

Comité de discipline

Aucun nouveau comité de discipline n'a été formé. Pour l'année 2010-2011, un rapport de comité de discipline a été remis et étudié par l'exécutif du CMDP. Les comités de discipline ont un total de trois rencontres. Trois comités de discipline sont actuellement actifs.

Perspectives d'action pour 2011-2012

- La priorité du prochain exécutif devra demeurer le maintien et l'amélioration de la qualité des soins et à l'amélioration globale de la qualité
- Le prochain exécutif devra poursuivre les suivis proposés et détaillés dans le document fourni au CMQ en octobre 2010
- Le prochain exécutif devra communiquer avec le CMQ afin de lui faire part du suivi du plan d'action déposé en octobre 2010 et de notre démarche proactive en hébergement
- L'exécutif devra rapidement terminer les travaux en cours concernant la révision de ses règlements pour les faire adopter par l'assemblée générale avant la fin de 2011
- Chaque département devra déposer à l'exécutif son règlement; adoptés ensemble, ils seront par la suite dirigés au comité de gouvernance de l'établissement
- Des normes se devront d'être établies pour diminuer les délais des processus disciplinaires dans le but de respecter tant les plaignants que les personnes visées par la plainte
- L'exécutif aura à préparer la visite de contrôle du fonctionnement du CMDP par le comité d'inspection professionnelle, dans les secteurs de la chirurgie générale, de l'urgence et des soins de longue durée et

donnera la priorité aux recommandations qui émaneront de cette visite. Il verra à la rédaction d'un nouveau plan de suivi de la visite de relance du CMQ

- Une importance particulière devra être apportée à l'évaluation et à des projets d'étude de dossiers visant à mesurer le niveau de qualité en vue d'une amélioration
- Les comités se devront d'optimiser leur travail pour alimenter le comité exécutif du CMDP
- Les services et départements porteront une attention particulière aux études de cas de morbidité et mortalité; ils étudieront tous les cas de mortalité de leur services et départements au moins deux fois par année et en feront rapport au comité central d'évaluation
- Les rencontres de travail mises sur pied avec les présidents des deux autres conseils professionnels, de même qu'avec le comité des usagers, devront être maintenues
- Un projet commun inter-conseils sur la qualité des soins est en voie de se concrétiser et devra se poursuivre
- L'activité de reconnaissance du CMDP envers l'engagement de ses membres devra être maintenue mais devra être combinée à une formation sur la gestion des comités, des services et départements en regard de l'évaluation de la qualité de l'acte
- Les règlements du CMDP devront être adoptés afin de mettre en place une structure d'évaluation de la qualité de l'acte qui mobilisera les médecins plus efficacement tout en augmentant les activités d'évaluation de l'acte
- Dès le début de son mandat, le nouvel exécutif devra donner suite à la planification stratégique en précisant le modèle de dispensation de soins que le CMDP désire privilégier et en participant, par la suite, aux consultations visant le développement de la cogestion médico-administrative.
- C'est avec le plus grand intérêt que l'exécutif prendra connaissance des rapports annuels des comités, départements et services. Une attention particulière sera apportée aux recommandations contenues dans ces rapports.

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Composition du comité exécutif

(au 31 mars 2011)

Nathalie Brouillette, *représentante du CIIA*

Geneviève Chouinard, *trésorière*

Chantal Desbiens, *vice-présidente*

Réjeanne Gauthier, *représentante du CII au conseil d'administration*

Denise Lacasse, *présidente*

Marielle Roy, directrice du programme de santé physique et des soins infirmiers

Khalid Talbi, *agent de communication*

Marie-Carmen Trillo, *conseillère*

Suzanne Valois, *conseillère*

Composition

Au 31 mars 2011, 441 infirmiers et infirmières, de même que 135 infirmiers et infirmières auxiliaires, étaient à l'emploi du CSSSAM-N.

Assemblée générale annuelle 2009-2010

L'assemblée générale annuelle a eu lieu le 14 mai 2010 à laquelle 75 infirmières provenant de toutes les installations du CSSSAM-N ont assisté. Madame Odette Doyon, professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières, a prononcé une conférence sur la surveillance clinique.

Réunions du comité exécutif

Le comité exécutif a tenu dix rencontres régulières, auxquelles le quorum a été atteint à chaque fois.

Mandat général

Selon la *Loi sur la santé et les services sociaux*, le mandat général du CII est le suivant :

- Apprécier la qualité des actes infirmiers posés dans l'établissement
- Transmettre des recommandations sur les règles de soins infirmiers applicables à ses membres
- Produire des recommandations sur les règles de soins médicaux et les règles d'utilisation des médicaments applicables aux infirmières praticiennes spécialisées
- Effectuer des recommandations sur la distribution appropriée des soins prodigués par ses membres
- Assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration

Bilan des activités

- Exposition itinérante aux CLSC d'Ahuntsic et de Montréal Nord et à l'Hôpital Fleury sur les pratiques novatrices en soins infirmiers regroupant cinq équipes de travail et un éditeur de volumes en soins infirmiers
- Participation de sept membres au colloque des CII portant sur la collaboration interprofessionnelle qui s'est tenu à Montréal les 5 et 6 mai 2010
- Représentation sur les comités de travail suivants : comité d'éthique appliquée, comité de gestion des risques, conseil d'administration, comité sur la reconnaissance, comité de rédaction du cadre de référence sur l'amélioration continue de la qualité, comité sur la révision du code d'éthique

▪ Activités des sous-comités suivants :

Comité exécutif du CIIA (CECIIA)

- ▶ Six rencontres régulières dont le quorum a été atteint à chaque fois. Il a été convenu que le CII et le CIIA combindraient leurs activités dans le cadre de la semaine de l'infirmière auxiliaire et de la semaine de l'infirmière et tiendraient l'assemblée générale annuelle ensemble pour soutenir le CECIIA dans ses débuts. Voir leur rapport ci-après.

Comité qualité

- ▶ Trois rencontres sur le projet de tenue de dossiers : suspension des travaux en janvier 2011 à la suite de l'annonce de l'inspection professionnelle obligatoire par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec qui se fait par audit de dossiers plutôt que par visites et observations.
- ▶ Deux rencontres de travail sur le dossier des dispositifs sécuritaires pour le matériel piquant ou tranchant.
- ▶ Distribution de manuels et guides en soins infirmiers totalisant plus de 8 000 \$ sur toutes les unités de soins et aux équipes programmes portant sur des aspects/spécialités concernées.
- ▶ Diffusion de cinq quizz en soins infirmiers via l'intranet sur les soins de plaies, les comportements perturbateurs de la démence, les piqûres accidentelles, la gestion des risques et le plan thérapeutique infirmier, afin de poursuivre l'effort de stimuler l'acquisition et la mise à jour des connaissances des infirmières. Au total, 170 participations ont été enregistrées.
- ▶ Participation à une rencontre avec la DSI et le président du CMDP sur l'implantation de deux infirmières praticiennes spécialisées en 1^{re} ligne au CLSC de Montréal-Nord à l'automne 2010, afin de statuer sur la liste des actes médicaux et des médicaments autorisés en pratique infirmière spécialisée au CSSSAM-N.

Comité pour la semaine de l'infirmière et l'assemblée générale annuelle

- ▶ Deux rencontres pour préparer les activités prévues du 9 au 13 mai 2011

Comité jeunesse

- ▶ Début de la formation de ce comité dont le mandat sera de soutenir les nouvelles infirmières dans l'exercice de leur profession, de promouvoir le mentorat et le préceptorat.

Il y a eu quatre rencontres régulières des présidents du CII, du CM et du CMDP avec rédaction d'un compte-rendu, durant lesquelles il y a eu partage et discussion sur le projet commun de tenue de dossiers et sur l'implication des conseils professionnels auprès des différentes instances, entre autres la gestion des risques.

Avis et recommandations

- Appui aux règles de soins portant sur le soin des plaies (R-8) et l'administration sécuritaire des médicaments (R-9)
- Appui à l'ordonnance collective portant sur l'anticoagulothérapie (Groupe de médecine de famille)
- Recommandations émises lors de la consultation sur la planification stratégique et le plan d'organisation
- Recommandations émises lors de la consultation sur la politique pour une saine alimentation
- Recommandation au conseil d'administration sur les ongles et le port de bijoux par les soignants

Perspectives d'action pour la prochaine année

Le focus sera mis sur le dossier de l'inspection professionnelle lorsque le rapport de l'OIIQ nous sera présenté en septembre 2011. En effet, ce rapport documentera l'état de la situation de la qualité et de la sécurité des soins tel qu'évalué lors de l'audit des dossiers. Conjointement avec la Direction du programme

de santé physique et direction des soins infirmiers et son équipe d'infirmières conseils, les priorités de travail seront identifiées et les efforts concertés. Nous comptons par la suite nous inspirer des grilles d'évaluation de l'OIIQ pour poursuivre nos travaux sur la tenue de dossiers de façon récurrente, à l'instar de nos collègues du CMDP.

Conséquemment, nous poursuivrons également nos efforts à susciter la participation des infirmières et des infirmières auxiliaires en regard de l'amélioration de la qualité des soins et approfondirons notre compréhension des liens et impacts avec les autres instances de l'organisation.

Nous poursuivrons les travaux entamés dans le dossier des dispositifs sécuritaires du matériel comportant des éléments piquants ou tranchants pour s'assurer d'éviter toute blessure accidentelle de la clientèle. Une recommandation à la Direction générale sera déposée.

Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

Composition du comité exécutif

(au 31 mars 2011)

Nathalie Brouillette, *présidente par intérim*

Fernande Fillion, *secrétaire et agente de communication par intérim*

Pierre Marcelin-Lamarre, *trésorier*

Réunions

Le comité exécutif a tenu six rencontres régulières.

Mandat général

Selon la *Loi sur la santé et les services sociaux*, le mandat général du CIIA est le suivant :

- Apprécier la qualité des soins infirmiers dans son centre d'activités
- Donner son avis sur les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de l'ensemble de ses membres
- Faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins dispensés par ses membres

Objectifs pour Bilan des activités 2010-2011

- Mettre sur pied le comité de façon structurée
- Procéder à une réorganisation des activités des membres
- Se faire connaître auprès des membres via le journal *Le Cercle*
- Collaborer avec le conseil des infirmières et infirmiers pour la semaine de l'infirmière afin d'apprendre comment présenter un kiosque (relié à une activité)
- Planifier l'assemblée générale annuelle avec le conseil des infirmières et infirmiers (voir le mode de fonctionnement)
- Proposition du projet « Cargo » : dossier à suivre

Conseil multidisciplinaire (CM)

Composition du comité exécutif

(au 31 mars 2011)

Lorena Aionesei

Daniel Boivin, directeur des programmes d'adaptation sociale, des services multidisciplinaires et des services généraux, et responsable des CLSC

Agnès Boussion, directrice générale adjointe, représentant la Direction générale

Carole Brousseau

Isabelle Chapleau

Étienne Dumais-Roy, *vice-président et représentant au conseil d'administration*

Lise Guilbault, *secrétaire*

Gordon Marceau, *président*

Éva Petit

Marianne Poisson

Gervaise Tardif, *représentante au conseil d'administration*

Composition du conseil multidisciplinaire

Le conseil multidisciplinaire compte 450 membres provenant d'une trentaine de professions et répartis sur les sept installations du CSSSAM-N. Ces membres sont titulaires d'un diplôme de niveau collégial ou universitaire et exercent pour l'établissement des fonctions caractéristiques du secteur d'activité couvert par ce diplôme et reliées directement aux services de santé, aux services sociaux, à la recherche et à l'enseignement.

Composition du comité exécutif

Le comité exécutif comporte neuf membres élus provenant des trois domaines d'activité suivant : santé physique, réadaptation et psychosocial. Cette année, les neuf membres sont tous de professions différentes. La directrice générale adjointe et le directeur des programmes d'adaptation sociale, des services multidisciplinaires et des services généraux sont aussi membres du comité exécutif.

Assemblée générale annuelle 2009-2010

L'assemblée générale annuelle a eu lieu le 13 avril 2010 et a réuni 104 membres, soit le quart des membres.

Réunions du comité exécutif

Le comité exécutif s'est rencontré à sept reprises afin de travailler sur l'ensemble des dossiers.

Le tableau ci-après présente les sous-comités du comité exécutif.

Sous-comités du comité exécutif du CM	Nombre de rencontres	Taux de participation
Comité des communications	1	100 %
Comité de suivi des comités de pairs	2	100 %
Comité de l'assemblée générale annuelle	2	80%
Comité des bourses et budgets spéciaux	4	75%

Réunions des comités de pairs

Le tableau ci-dessous présente les rencontres des comités de pairs.

Profession	Nombre de rencontres	Taux de participation
Psychoéducateurs	4	100 %
Organisateurs communautaires	16*	
Nutritionnistes	2	100 %
Nutritionnistes Hôpital Fleury	4*	100 %
Psychologues	6	100 %
Ergothérapeutes	3	100 %
Ergothérapeutes santé mentale	2	100 %
Physiothérapeutes Hôpital Fleury	3	100 %
Physiothérapeutes en CLSC	5	75 %
Éducateurs spécialisés	4	65 %
Thérapeutes en réadaptation physique	6	80 %

* Activités de pairs intégrées à des réunions régulières dans le cadre des fonctions de ces groupes de professionnels

Mandat général

Le mandat général du conseil multidisciplinaire est le suivant :

- Constituer les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de ses membres
- Faire des recommandations sur la distribution appropriée des soins et services dispensés par ses membres eu égard aux conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité
- Donner son avis sur l'organisation scientifique et technique, sur les moyens à prendre pour maintenir les compétences de ses membres, ou sur toute autre question portée à son attention

Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année 2010-2011

- Recrutement et suivi des comités de pairs : budgets réservés
- Suivi des recommandations 2009-2010 des comités de pairs
- Bourses favorisant l'innovation et la concertation professionnelles au sein des équipes
- Travaux sur le thème de l'éthique clinique et organisationnelle
- Production d'avis au besoin
- Communications : développement des moyens et diffusion des activités
- Question soulevée lors de l'assemblée générale annuelle sur la rétention et la mobilisation du personnel
- Reconnaissance des professionnels
- Collaboration inter-conseils CM, CII, CMDP : Travaux sur la tenue de dossiers
- Participation aux comités internes du CSSSAM-N :
 - Conseil d'administration
 - Amélioration continue de la qualité (agrément)
 - Gestion des risques
 - Éthique appliquée et recherche
 - Révision du code d'éthique
 - Rédaction du plan directeur de la qualité
- Adoption des modifications au Règlement du conseil multidisciplinaire

Bilan des activités 2010-2011

- Formation du comité de pairs des physiothérapeutes : les participants ont atteint les objectifs fixés et n'ont aucune recommandation
- Avis remis au comité de gestion des risques concernant la double vérification des médicaments à risque élevé, en collaboration avec les inhalothérapeutes
- Participation à la démarche d'agrément
- Commentaires émis sur :
 - Planification stratégique 2010-2013 du CSSSAM-N
 - Politique alimentaire infantile du CSSSAM-N et plan d'action du projet « Amis des bébés »
 - Révision du code d'éthique
 - Prévention des infections
 - Politique pour une saine alimentation
 - Présentation au comité exécutif du rôle de l'infirmière praticienne en 1^{re} ligne

Résultats obtenus à l'égard des objectifs fixés

- Huit comités de pairs et trois sous-comités ont été actifs cette année et ont travaillé à atteindre des cibles d'amélioration
- Trois comités de pairs ont obtenu un budget spécial du conseil multidisciplinaire pour réaliser un projet d'amélioration de la qualité
- Quatre bourses à l'innovation et à la concertation ont été attribuées à des équipes multidisciplinaires
- Une conférence sur l'éthique organisationnelle et clinique a été diffusée à trois reprises
- Communications : mise à jour de notre page intranet et meilleure diffusion de l'information grâce à une liste de membres à jour et à une plus grande utilisation de Lotus Notes. Un article diffusé dans *Le Cercle*
- Vérification des actions entreprises par la Direction des ressources humaines et du développement organisationnel sur le plan de la rétention et de la mobilisation du personnel
- Participation au colloque des conseils multidisciplinaires du Québec
- Activités de reconnaissance de nos membres et des participants aux comités de pairs
- Modifications au Règlement du conseil multidisciplinaire et dépôt au conseil d'administration pour adoption
- Collaboration inter-conseils : Réflexions mises en commun et travail amorcé sur la tenue de dossiers

Perspectives d'actions pour la prochaine année

- Poursuivre le soutien des comités de pairs
- Stimuler l'identification et l'amélioration de difficultés en lien avec la qualité
- Émettre des avis au besoin
- Poursuivre la collaboration inter-conseils : travaux sur la tenue de dossiers
- Offrir des budgets de soutien aux comités de pairs dans le contexte de leurs activités d'appréciation et d'amélioration de la pratique professionnelle
- Faire des recommandations dans le contexte de la loi 21
- Réflexion stratégique du comité exécutif du conseil multidisciplinaire

Sommaire des activités des comités de pairs 2010-2011

Comité de pairs /responsable	Sujets	Recommandations
Ergothérapeutes Josianne Michaud	Intégrité de la peau	Demande que le CSSSAM-N approuve le formulaire « Évaluation de l'impact du rendement occupationnel sur l'intégrité de la peau »
Ergothérapeutes sous-comité santé mentale	Outils de rédaction en ergothérapie	Autorisation pour que les ergothérapeutes en santé mentale puissent participer au regroupement régional
Nutritionnistes Isabelle Lemay	Évaluation de l'offre de service en nutrition clinique Ordonnance collective Club de lecture	Poursuite des travaux
Nutritionnistes sous-comité de l'Hôpital Fleury	Uniformisation de la tenue de dossiers par un modèle pré-formaté	Utilisation à travers le CSSSAM-N de ce modèle
Organisateurs communautaires Jacques Dubois	Planification stratégique d'une offre de service en organisation communautaire	Poursuite des travaux
Physiothérapeutes Sonia Boucher Sous-comité de l'Hôpital Fleury	Mise à jour des feuilles de modalité et de la feuille d'évaluation en orthopédie Amélioration de la pratique auprès de la clientèle avec insuffisance cardiaque	Trois objectifs atteints Poursuite des travaux sur la mise à jour des notes aux dossiers selon les normes de l'OPPO
Physiothérapeutes Sous-comité CLSC	Évaluation abrégée pré et post chirurgie-hanche et genou	Objectif atteint
Psychoéducateurs Sophie Ravacley	Promotion du rôle du psychoéducateur - préparation d'un feuillet biographique	Objectifs atteints
Psychologues Danielle Sureau	Élaboration d'un formulaire d'évaluation psychologique	Utilisation du formulaire à travers le CSSSAM-N Poursuite des séminaires cliniques Filières pour le rangement des données brutes au CLSC de Montréal-Nord
Techniciens en éducation spécialisée Isabelle Chapleau	Développement de l'outil clinique « profil du résident » et cartable de référence	Mise en fonction de l'outil clinique Formation d'un comité concernant le retrait de privilèges
Thérapeutes en réadaptation physique Gervaise Tardif	Intégration de la politique d'amélioration continue de la compétence Révision de la tenue de dossiers et mise à jour des outils d'évaluation Révision de la demande médicale en physiothérapie	Intégration auprès des médecins de la demande médicale en physiothérapie pour les thérapeutes en réadaptation physique

Budget spéciaux pour les comités de pairs

Comité de pairs Responsable	Description du projet
Nutritionnistes Isabelle Lemay	Abonnement à deux revues scientifiques concernant la nutrition
Ergothérapeutes Josianne Michaud	Prévention et traitement des plaies de pression
Physiothérapeutes Sonia Boucher	Prise en charge sécuritaire de la clientèle souffrant d'insuffisance cardiaque

Bourses à l'innovation et à la concertation professionnelle

Groupe récipiendaire Responsable	Description du projet
Équipe santé publique Jacques Dubois	Co-construire des solutions collectives avec les communautés locales et les programmes-clientèles du CSSSAM-N
Équipe santé mentale jeunesse Annie-Claudie Canuel	Supervision d'équipe en psychothérapie centrée sur les solutions.
Équipe santé mentale adulte 1^{re} ligne Danielle Ouimet	Intégrer la thérapie des schémas de Young
Équipe des services intégrés en périnatalité et en petite enfance Dominique Allaire	Favoriser l'attachement parents-enfant dans divers contextes culturels

Conclusion

La mise en place du conseil multidisciplinaire du CSSSAM-N a été facilitée par la création de comités de pairs qui ont pu actualiser des activités d'amélioration de la qualité de façon proactive. Afin de bien répondre à son mandat, le conseil multidisciplinaire se propose de faire le point sur le chemin parcouru et de mettre en place des stratégies pour permettre aux professionnels d'identifier, dans leurs milieux, des éléments d'amélioration de la qualité de la pratique, aussi bien sur le plan de l'organisation scientifique et technique du travail que sur le plan de la distribution appropriée des soins et services offerts dans notre établissement. De plus, la collaboration entre les conseils professionnels se développe et nous permet d'agrandir l'angle par lequel nous pouvons améliorer la qualité de la pratique.

Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration

PRÉAMBULE

Compte tenu de l'importance du rôle des administrateurs publics, de la confiance que doit avoir la population à leur égard, le présent code vise à établir des lignes directrices qui doivent être respectées par chacun des administrateurs du CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord (CSSSAM-N).

Une conduite respectueuse et conforme à nos valeurs et aux normes et règles de déontologie demeure une préoccupation constante du CSSSAM-N pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics.

I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

- .1 Le présent code est adopté et appliqué conformément aux lois applicables et plus particulièrement conformément à la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., c. M-30).
- .2 Le présent code est applicable aux administrateurs du CSSSAM-N et reflète les valeurs que l'établissement préconise : ENGAGEMENT, RESPECT, RESPONSABILISATION, RIGUEUR, TRANSPARENCE ET COHÉRENCE, et celles ci-après énoncées.
- .3 Ce code n'est pas une énumération exhaustive des règles de déontologie applicables aux administrateurs, mais constitue davantage des principes et des règles qui peuvent guider l'administrateur dans l'exercice de ses fonctions.
- .4 Ce code est adopté dans le but d'assurer l'intégrité de chaque administrateur et plus particulièrement, il vise à aider les administrateurs à agir avec un souci constant du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et de services sociaux dans le meilleur intérêt du CSSSAM-N et à engager les administrateurs à dénoncer tout intérêt personnel pouvant interférer dans leurs décisions à titre d'administrateurs.

2 – CONDUITE

Intérêt de la population desservie

- .1 L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, agit dans l'intérêt de la population desservie et du CSSSAM-N. À cette fin, l'administrateur :

PRIMAUTÉ AUX DROITS DE LA PERSONNE

- .01 Est sensible aux besoins de la population et respecte les droits fondamentaux de la personne.

EFFICACITÉ DES SERVICES

- .02 Favorise la pertinence, la qualité et l'efficacité des services dispensés.

EFFICIENCE DES RESSOURCES

- .03 Favorise l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.

COMPÉTENCE DES RESSOURCES HUMAINES

- .04 Favorise la participation, la motivation, la valorisation, le maintien des compétences et le développement des ressources humaines.

SOLIDARITÉ

- .05 Respecte la mission de l'État en matière sociosanitaire tout en tenant compte de la solidarité à exercer envers le réseau de la santé et des services sociaux.

Soin, prudence, diligence et compétence

- .2 L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, agit avec soin, prudence, diligence et compétence. À cette fin, l'administrateur :

DISPONIBILITÉ, PARTICIPATION ACTIVE ET NEUTRALITÉ

- .01 Prend une part active aux décisions du conseil d'administration; il se renseigne avant de décider, intervient prudemment et au besoin, évite de prendre des décisions prématurées. Il se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible.

DISCRÉTION ET CONFIDENTIALITÉ

- .02 Fait preuve de discrétion et garde confidentiels les faits, les débats et les renseignements dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

RELATIONS PUBLIQUES

- .03 Agit de façon courtoise et maintient des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.

RÉSERVES ET RETENUES PUBLIQUES

- .04 Fait preuve de réserve, de respect et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Notamment il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales du CSSAM-N, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité du CSSAM-N et de nos partenaires.

Honnêteté et loyauté

- .3 L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, agit avec honnêteté et loyauté. À cette fin, l'administrateur :

INTÉRÊTS DE L'ÉTABLISSEMENT ET DE LA POPULATION

- .01 Agit de bonne foi au mieux des intérêts du CSSAM-N et de la population desservie.

CONFLITS DE DEVOIRS ET D'INTÉRÊTS

- .02 Doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration.
- .03 Sans limiter la généralité de l'article 16 du Règlement sur la régie interne, l'administrateur ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui, ni ne doit accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision ou qu'il va à l'encontre de l'intérêt public.
- .04 Doit éviter de se placer en situation de conflits d'intérêts, c'est-à-dire, qu'ayant l'obligation d'agir dans le meilleur intérêt du CSSAM-N et de sa fonction, il doit éviter d'être dans une situation, de quelque nature que ce soit, qui l'incite, pourrait l'inciter ou pourrait être perçue comme l'incitant à manquer à cette obligation pour agir dans son intérêt ou celui d'un tiers, notamment lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil peuvent en être défavorablement affectés, de même pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.
- .05 Dès qu'il constate qu'il est dans une situation de conflits d'intérêts, l'administrateur doit le déclarer sans omission, s'abstenir de voter sur toute question concernant cette situation et éviter d'influencer le vote s'y rapportant. Cependant, il peut transmettre de l'information sur la situation avant le début des discussions. À la demande du président ou du 2^e vice-président, s'il s'agit du président, il doit se retirer de la réunion pour la durée des discussions et de la prise de décision concernant cette situation. Son retrait doit être mentionné au procès-verbal de la réunion.

- .06 Dès qu'il estime qu'il pourrait être en situation de conflits d'intérêts ou qu'il pourrait être perçu comme étant en situation de conflits d'intérêts, l'administrateur doit le déclarer. Les autres administrateurs du conseil discutent de la situation et statuent sur la position à adopter. Ils peuvent lui demander de se retirer pour la durée des discussions et de la prise de décision concernant cette situation, imposer des limites à sa participation aux discussions et à la prise de décision concernant cette situation ou conclure qu'il peut continuer à participer à la réunion. La déclaration de la situation de conflits d'intérêts, la décision rendue à son égard et sa justification doivent être mentionnées au procès-verbal de la réunion.
- .07 Notamment, un administrateur, autre qu'un directeur général, qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil du CSSSAM-N doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

Le fait pour un administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée par le présent article ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause n'est pas un initié de cette personne morale au sens de la Loi sur les valeurs mobilières du Québec.

3 – RÉMUNÉRATION

- .1 L'administrateur et le directeur général, lorsqu'il agit comme administrateur, ne reçoivent aucun traitement ou rémunération autre que le remboursement des dépenses faites dans l'exercice de leurs fonctions.
- .2 L'administrateur ne peut accepter aucun cadeau ou autres avantages que ceux d'usage et d'une valeur modeste.
- .3 L'administrateur ne peut directement ou indirectement accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu pour lui-même ou pour un tiers.
- .4 L'administrateur doit, dans la prise de sa décision, éviter de se laisser influencer par des offres d'emploi.

4 – APRÈS LA FIN DU MANDAT

L'administrateur, après la fin de son mandat, agit avec prudence, discrétion, honnêteté et loyauté. À cette fin, l'administrateur :

AVANTAGES INDUS

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

OPÉRATION D'INITIÉ

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

INFORMATION PRIVILÉGIÉE

- .3 Ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur.

DIFFAMATION DE L'ÉTABLISSEMENT

- .4 Évite de ternir la réputation du CSSSAM-N et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

5 – MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

- .1 Tout manquement ou omission au présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.
- .2 Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au code en saisit le président du conseil ou, s'il s'agit de ce dernier, le 2^e vice-président.
- .3 Tout le processus doit être confidentiel et protéger l'anonymat du plaignant.
- .4 Dès lors, le président ou, s'il s'agit de ce dernier, le 2^e vice-président tente de régler la situation avec l'administrateur visé ou demande au conseil d'administration de former de façon ad hoc un comité d'éthique et de déontologie constitué de trois (3) membres pour examiner toute plainte.
Le président ou, s'il s'agit de ce dernier, le 2^e vice-président ne peut être membre du comité s'il est en cause.
- .5 Le comité d'éthique et de déontologie peut rejeter sur examen sommaire toute plainte qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi.
- .6 Le comité d'éthique et de déontologie est maître de la preuve et de la procédure et détermine les moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence, tout en respectant les règles de justice naturelle.
- .7 Le président ou, s'il s'agit de ce dernier, le 2^e vice-président informe l'administrateur visé qu'une enquête est tenue à son sujet et notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou à celles du code. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente (30) jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.
- .8 Lorsque le comité d'éthique et de déontologie en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi, le règlement ou le présent code, ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il transmet au président ou, s'il s'agit de ce dernier, au 2^e vice-président un rapport contenant un sommaire de l'enquête et recommande une sanction. Ce rapport est confidentiel.
- .9 Le président ou, s'il s'agit de ce dernier, le 2^e vice-président convoque le conseil d'administration qui se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut participer aux délibérations ou à la décision, mais il peut se faire entendre avant que la décision soit prise.
- .10 Selon la nature ou la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours en déchéance de charge.
- .11 L'administrateur est informé par écrit de la sanction qui lui est imposée.

Le règlement « *Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration* » a été adopté par le conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord à sa réunion du 12 décembre 2005; il est entré en vigueur au moment de son adoption. Il est à noter que ce règlement était en voie de révision à la fin de l'exercice 2010-2011 afin de tenir compte des nouvelles dispositions législatives. Ainsi, le règlement révisé sera soumis pour adoption au conseil d'administration au cours de l'exercice 2011-2012.

Pour l'année 2010-2011 :

- **Aucun signalement n'a été reçu concernant l'un ou l'autre des membres du conseil d'administration.**
- **Aucun cas n'a été traité.**
- **Aucune sanction n'a été imposée.**
- **Aucun administrateur n'a été suspendu ou déchu de ses charges.**

ANNEXE 1

RÉSULTATS FINANCIERS 2010-2011 (Documents extraits du AS-471)

Fonds d'exploitation

exercice terminé le 31 mars 2011 - AUDITÉE

BILAN

		Exercice courant	Exercice précédent
		1	2
ACTIF			
A COURT TERME			
Encaisse.....	01	5,705,386	1,930,365
Placements temporaires.....	02		
Débiteur-Agence et MSSS.....	03	3,109,486	2,706,553
Autres débiteurs.....	04	2,021,199	2,303,129
Charges payées d'avance.....	05	800,227	990,902
Stocks.....	06	1,487,783	1,463,949
Créances interétablissements (préciser).....	07		
Créances interfonds.....	08	0	511,403
Autres éléments.....	09	5,894	1,396
Total de l'actif à court terme (L.01 à L.09).....	10	13,129,975	9,907,697
		-----	-----
SUBVENTION À RECEVOIR-RÉFORME COMPTABLE.....	11	10,809,962	10,755,015
PLACEMENTS A LONG TERME.....	12		
AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIF.....	13	839,362	1,152,525
TOTAL DE L'ACTIF (L.10 à L.13).....	14	24,779,299	21,815,237
		=====	=====
PASSIF			
A COURT TERME			
Découvert de banque.....	15		
Emprunts temporaires.....	16		
Créditeur - Agence et MSSS.....	17		
Autres créditeurs.....	18	23,974,583	23,947,651
Intérêts courus à payer.....	19		
Dettes interétablissements (préciser).....	20		
Dettes interfonds.....	21	601,465	
Revenus reportés - activités principales.....	22	595,096	223,487
Revenus reportés - activités accessoires.....	23	20,110	40,296
Autres éléments (préciser)Dépôt stationnement.....	24	518	643
Total du passif à court terme (L.15 à L.24).....	25	25,191,772	24,212,077
		-----	-----
A LONG TERME			
DETTES À LONG TERME.....	26		
AUTRES ÉLÉMENTS DU PASSIF.....	27	592,942	732,316
TOTAL DU PASSIF (L.25 + L.26 + L.27).....	28	25,784,714	24,944,393
		=====	=====
SOLDE DE FONDS.....	29	(1,005,415)	(3,129,156)
		-----	-----
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29).....	30	24,779,299	21,815,237
		=====	=====

Fonds d'immobilisations

exercice terminé le 31 mars 2011 - AUDITÉE

Bilan

		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF			
A COURT TERME			
Encaisse.....	01	743,589	1,086,963
Placements temporaires.....	02		
Débiteur-Agence et MSSS.....	03	0	
Autres débiteurs.....	04	612,253	160,590
Charges payées d'avance.....	05		
Créances interfonds.....	06	358,743	
Autres éléments.....	07	41,285	397
Total de l'actif à court terme (L.01 à L.07).....	08	1,755,870	1,247,950
IMMOBILISATIONS.....	09	63,847,010	58,793,972
SUBVENTION À RECEVOIR (PERÇUE D'AVANCE) - RÉFORME COMPTABLE.....	10	(8,163,448)	(13,161,119)
PLACEMENT À LONG TERME.....	11		
FRAIS REPORTÉS D'ÉMISSION ET D'ESCOMPTE SUR OBLIGATIONS.....	12	36,462	43,997
AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIF.....	13		
TOTAL DE L'ACTIF (L.08 à L.13).....	14	57,475,894	46,924,800
PASSIF			
À COURT TERME			
Découvert de banque.....	15		
Emprunts temporaires.....	16	6,835,894	3,527,375
Créditeur-Agence et MSSS.....	17	0	
Autres créditeurs.....	18	2,486,013	2,359,495
Dettes interfonds.....	19	0	737,659
.....	20	xxxx	xxxx
Avances de fonds en provenance de l'agence - Enveloppes décentralisées.....	21	5,903,419	4,564,733
Autres éléments.....	22		
Intérêts courus à payer.....	23	489,543	262,505
Total du passif à court terme (L.15 à L.23).....	24	15,714,869	11,451,767
À LONG TERME			
Revenus reportés - Gouvernement fédéral.....	25		
Autres revenus reportés.....	26	2,108,188	1,478,157
Passifs environnementaux.....	27		xxxx
Dettes à long terme.....	28	39,085,931	33,427,970
Moins:			
Fonds d'amortissement du Gouvernement (chiffre négatif).....	29		
Dettes nettes (L.28 + L.29).....	30	39,085,931	33,427,970
Total du passif à long terme (L.25 + L.26 + L.27 + L.30).....	31	41,194,119	34,906,127
TOTAL DU PASSIF (L.24 + L.31).....	32	56,908,988	46,357,894
SOLDE DE FONDS.....	33	566,906	566,906
TOTAL DU PASSIF ET SOLDE DE FONDS (L.32 + L.33).....	34	57,475,894	46,924,800

Autres fonds

BILAN

exercice terminé le 31 mars 2011 - AUDITÉE

	Fonds de dotation	Fonds à destination spéciale	Fonds affectés	Fonds en fiducie	Fonds de stationnement	Total (c.1 à c.5)
	1	2	3	4	5	6
ACTIF						
A COURT TERME						
Encaisse.....01		110,976		82,737		193,713
Placements temporaires.....02						
Débiteur-Agence ou MSS.....03	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
Autres débiteurs.....04						
Débiteurs établis. publics.....05						
Créances interfonds.....06				XXXX	244,320	244,320
Autres éléments.....07						
Total de l'actif à court terme (L.01 à L.07).....08		110,976		82,737	244,320	438,033
IMMOBILISATIONS (préciser).....09						
PLACEMENTS A LONG TERME.....10		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIF.....11			XXXX	XXXX		
TOTAL DE L'ACTIF (L.08 à L.11).....12		110,976		82,737	244,320	438,033
PASSIF						
A COURT TERME						
Découvert de banque.....13				XXXX		
Emprunts temporaires.....14				XXXX	XXXX	
Créditeur-Agence ou MSS.....15	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
Autres créditeurs:						
- Salaires courus à payer.....16						
- Fonds des services de santé à payer (FSS).....17						
- Autres créditeurs.....18		50		8,306		8,356
Créditeurs établis. publics.....19						
Intérêts courus à payer:						
- Corporation d'hébergement du Québec.....20				XXXX	XXXX	
- Financement Québec.....21				XXXX	XXXX	
- Autres.....22				XXXX	XXXX	
Sommes confiées en fiducie à l'établissement.....23	XXXX	XXXX	XXXX	73,498	XXXX	73,498
Dettes interfonds.....24		1,598		XXXX		1,598
.....25	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Autres éléments.....26						
Total du passif à court terme (L.13 à L.26).....27		1,648		82,737		84,385
A LONG TERME						
Revenus reportés.....28						
Autres éléments.....29		109,328	XXXX	XXXX	XXXX	109,328
Total du passif à long terme (L.28 + L.29).....30		109,328		XXXX		109,328
TOTAL DU PASSIF (L.27 + L.30).....31		110,976		82,737		193,713
SOLDE DE FONDS.....32		0		XXXX	244,320	244,320
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE						
DE FONDS (L.31 + L.32).....33		110,976		82,737	244,320	438,033

Notes aux états financiers - AUDITÉE

exercice terminé le 31 mars 2011

NOTE 1 - RÉSULTATS

Le résultat des opérations des ACTIVITÉS PRINCIPALES indiqué à la page 200, ligne 29, est traité de la façon suivante :

- Le résultat se solde par un excédent des revenus sur les charges au montant de 62,163 \$; il est imputé au solde des activités principales et est assujetti à la politique de libération du surplus.
- Le résultat des opérations des ACTIVITÉS ACCESSOIRES indiqué à la page 201, ligne 21, se solde par un excédent des revenus sur les charges de 33,387 \$ et est imputé à l'AVOIR PROPRE.

NOTE 2 - STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'établissement est constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et des services sociaux. Riche de la diversité et des forces de la population de son territoire, il s'engage à maintenir et améliorer le bien-être et la santé de celle-ci tout en favorisant le développement de son potentiel de santé.

Le siège social du centre est situé au 1725, boul. Gouin Est, Montréal (Québec) H2C 3H6. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région de Montréal. En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu.

NOTE 3 - MODIFICATION DE CONVENTIONS COMPTABLES

Changement de référentiel comptable

En décembre 2010, le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public a modifié la préface des normes comptables pour le secteur public dans le but d'enjoindre aux organismes sans but lucratif du secteur public, de se conformer soit au Manuel de comptabilité de l'Institut canadien des comptables agréés (ICCA) pour le secteur public avec les chapitres SP 4200 à SP 4270, soit au Manuel de comptabilité de l'ICCA pour le secteur public (Manuel du secteur public) sans ces chapitres, et ce, à compter des exercices ouverts le 1er janvier 2012.

À la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), l'établissement a adopté par anticipation les normes du Manuel du secteur public sans les chapitres SP 4200 à SP 4270 (normes comptables s'appliquant uniquement aux organismes sans but lucratif du secteur public) pour le rapport financier annuel du 31 mars 2011.

De plus, le rapport financier annuel préparé par la direction de l'établissement est établie conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception des normes suivantes :

- Les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance salaire ainsi qu'aux indemnités de départ à verser aux hors cadres admissibles au terme de leur engagement ne sont pas comptabilisés au bilan du fonds d'exploitation, ni au bilan regroupé, ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.
- Les immeubles loués auprès de la Corporation d'hébergement du Québec sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation no 2 des normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Au 31 mars 2010, le rapport financier annuel avait été établi conformément aux conventions comptables énoncées au Manuel de gestion financière (MGF) publié par le MSSS, lesquelles s'appuyaient sur les normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Outre les exceptions précédemment mentionnées, l'état des résultats du fonds d'exploitation pour l'exercice terminé le 31 mars 2010 aurait dû inclure un revenu de subvention du MSSS relatif à la prise en charge du solde déficitaire du fonds d'exploitation au 1er avril 2008, comme mentionné à la note 5 afin de se conformer aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Le changement de référentiel comptable n'a eu aucune autre incidence sur les résultats de l'exercice précédent.

NOTE 4 - DESCRIPTION DES PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

Conventions comptables

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Comptabilité par fonds

L'établissement suit les principes de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers de l'établissement et présentent donc une importance particulière :

Le fonds d'exploitation : fonds regroupant les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).

Le fonds d'immobilisations : fonds regroupant les opérations relatives aux actifs immobilisés, aux dettes à court et à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant à ces actifs. Ces opérations incluant tout don ou legs transféré du fonds à destination spéciale ou du fonds de dotation qui sont présentés à titre de revenus reportés et amortis sur la durée de vie des actifs qui s'y relie. L'objectif est d'assurer un rapprochement entre les avantages procurés par ces contributions et l'utilisation de l'immobilisation. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.

Le fonds de dotation : fonds constitué de don, legs, subvention ou autre forme de contributions versées sous condition expresse de doter l'établissement d'un capital qui doit être préservé pour une durée déterminée ou indéterminée. Les revenus provenant du capital et le capital, dans le cas d'un capital à durée déterminée, pourront être utilisés. Ce fonds exclut les subventions et les autres formes de contributions octroyées par le gouvernement du Québec, ses ministères ou ses organismes dont les dépenses sont assumées par le fonds consolidé du revenu.

Le fonds à destination spéciale : fonds constitué de don, legs, subvention ou autre forme de contributions faites à l'établissement à des fins particulières. Ce fonds exclut les subventions et les autres formes de contributions octroyées par le gouvernement du Québec, ses ministères ou ses organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu.

Le fonds affecté : fonds constitué de subventions provenant exclusivement de l'agence ou du ministère. Ces subventions sont toujours reliées à des programmes ou services précisément définis et ne peuvent être attribuées qu'aux fins pour lesquelles elles sont octroyées.

Le fonds en fiducie : fonds constitué de sommes appartenant à des tierces personnes, dont l'établissement assume l'administration au bénéfice exclusif des propriétaires de ces sommes.

Le fonds de stationnement : fonds constitué des revenus nets des parcs de stationnement exploités par l'établissement. La constitution et l'usage des sommes de ce fonds sont soumis à des règles précisément définies.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts entre les fonds d'un établissement sont comptabilisés directement au solde des fonds concernés. Dans le cas du fonds d'exploitation, ils sont toutefois tenus en compte pour fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds d'exploitation.

Classification des activités

La classification des activités d'un établissement tient compte des services qu'il peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes.

Activités principales : les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services qu'un établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par l'agence.

Activités accessoires : les activités accessoires comprennent les services qu'un établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par les établissements dans le cadre de leurs activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités. Chacun de ces centres est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires en égard aux services rendus par l'établissement. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centres.

Subdivisions des activités accessoires

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial.

Les activités accessoires complémentaires sont celles qui n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent de l'agence, d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes publics, etc. Parmi les activités les plus courantes, on retrouve l'enseignement médical, la recherche et la santé au travail.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les activités de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités.

Un centre d'activités ou un sous-centre d'activités peut être appelé à mesurer ses données selon une ou deux unités de mesure, l'unité A et l'unité B. La définition des unités de mesure et le mode de compilation sont précisés dans chaque centre et sous-centre d'activités. Leur compilation permet à l'établissement d'établir un coût unitaire de production de produits ou de services relié aux coûts directs bruts ajustés lorsque l'on réfère à l'unité A, alors que l'unité B permet de déterminer un coût unitaire de consommation, relié aux coûts directs nets ajustés.

Stock

Les stocks sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode du coût moyen.

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max 10 ans)
Matériels et équipements	3 à 15 ans
Équipements spécialisés	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Sur la durée du bail ou de l'entente

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire. L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires, de la partie de l'excédent des revenus sur les charges des activités principales des exercices précédents libérée par l'agence. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des charges sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre. L'avoir propre d'un établissement public ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission d'un centre qu'il exploite (article 269.1 de la loi). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation de l'agence. Par ailleurs, l'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre le solde de cet avoir déficitaire.

Revenus

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

De façon plus spécifique :

Les sommes dont le budget de fonctionnement et les rectificatifs postbudgétaires en provenance d'une entité faisant partie du périmètre comptable du gouvernement, agences, MSSS, etc. sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle surviennent les faits qui leur donnent lieu, dans la mesure où ils sont autorisés, où les critères d'admissibilité sont rencontrés (s'il en est) et où une estimation raisonnable des montants en cause est possible.

Les sommes reçues ou à recevoir concernant des revenus qui seront gagnés dans une année ultérieure peuvent faire l'objet d'un revenu reporté dans le cas où les sommes doivent être affectées à des fins prescrites (développement, joueurs pathologiques, etc.) et que les dépenses seront assumées dans le futur.

Les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers sont diminués des déductions, des exonérations et des exemptions accordées à certains de ceux-ci.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont désormais présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec. De plus, on comptabilisera aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations l'ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations. L'ajustement de la subvention est déterminé par l'établissement pour faire en sorte que le solde de fonds d'immobilisations corresponde, à la fin d'exercice, à la valeur comptable des terrains présentée au fonds d'immobilisations. La contrepartie sera comptabilisée comme compte à recevoir ou comme revenu perçu d'avance.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Analyses financières

L'établissement n'a pas reçu les analyses financières des exercices 2008-2009 et 2009-2010.

NOTE 5 - PRISE EN CHARGE DU DÉFICIT D'EXPLOITATION CUMULÉ AU 31 MARS 2008

Conformément à la circulaire 2011-024 portant sur la prise en charge des soldes déficitaires du fonds d'exploitation au 1er avril 2008, publiée le 11 mai 2011 par le MSSS, l'établissement a comptabilisé au solde de fonds du fonds d'exploitation un revenu de subvention au montant de 2,083,907 \$ et a ajusté le solde du début des montants à recevoir du MSSS du même montant afin de pourvoir aux charges d'exploitation engagées dans un ou plusieurs exercices antérieurs au 31 mars 2008. Les données comparatives de l'exercice terminé le 31 mars 2010 n'ont pas été retraitées pour tenir compte du revenu de subvention.

NOTE 6 - RÉGIME DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, compte tenu que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'établissement envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

NOTE 7 - TERRAINS CONTAMINÉS EXISTANT AU 31 MARS 2008

"Un recensement effectué démontre que l'établissement a sous sa responsabilité des terrains contaminés. En vertu de la réglementation en matière d'environnement, l'établissement pourrait être tenu de réaliser des travaux de décontamination. Les coûts de décontamination sont estimés à 0 \$. Toutefois, aucun passif résultant de ces travaux n'est comptabilisé au bilan et aux résultats de l'établissement, puisque le gouvernement du Québec a signifié qu'il assumera ces coûts et inscrira les passifs estimés relativement à ces terrains."

NOTE 8 - ÉTAT DE LA VARIATION DE LA DETTE NETTE

L'état de la variation de la dette nette n'est pas présenté dans les états financiers. Toutefois, l'information sur la dette nette est disponible à la lecture des autres états financiers et des informations explicatives.

NOTE 9 - OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

Le CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord détient des intérêts économiques dans la Fondation du Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord.

Cette fondation a pour but de recueillir des fonds nécessaires à l'achat d'équipements et de venir en aide moralement, socialement et monétairement aux usagers et aux personnes nécessiteuses.

Au cours de l'exercice, l'établissement a reçu des dons totalisant 697 572 \$ (208 087 \$ en 2009-2010) de la Fondation.

L'actif net de la Fondation au 31 mars 2010, non affecté à des fins spécifiques, se chiffre à 925 369 \$.

NOTE 10 - ENGAGEMENTS
PAGE 362, L.18

OBLIGATIONS LOCATIVES

1) Baux CHQ

Au 31 mars 2011, l'établissement est engagé par des baux concernant l'occupation par l'établissement-locataire d'immeubles de la Corporation d'hébergement du Québec. Ces baux sont d'une durée de quinze (15) ans se terminant le 31 mars 2015.

À titre indicatif, les paiements minimums annuels exigibles pour les quatre (4) prochaines années, basés sur le loyer réel pour 2010-2011, s'élèveront à 819 015 \$ pour le Centre d'hébergement Laurendeau, 367 163 \$ pour le Centre d'hébergement Légaré, 399 314 \$ pour le Centre d'hébergement Paul-Lizotte et 148 264 \$ pour le CLSC d'Ahuntsic, pour un engagement total de 6 935 022 \$.

2) Autres contrats de location

Pour l'Hôpital Fleury, l'établissement s'est engagé, d'après un contrat de location se terminant le 30 avril 2012, à verser une somme de 163 429 \$. Les paiements exigibles pour le prochain exercice s'élèvent à 151 018 \$ en 2011-2012 et 12 411 \$ en 2012-2013.

Pour le CLSC de Montréal-Nord, l'établissement s'est engagé, d'après un contrat de location d'une durée de onze (11) ans et trois (3) mois se terminant le 30 avril 2014, à verser une somme de 3 903 873 \$. Les paiements exigibles pour les quatre (4) prochains exercices s'élèvent à 1 266 118 \$ en 2011-2012, 2012-2013 et 2013-2014, et 105 519 \$ en 2014-2015.

Dans le cadre du Programme de santé mentale, l'établissement s'est engagé, d'après un contrat de location d'une durée de deux (2) se terminant le 31 mai 2014, à verser une somme de 392 342 \$. Les paiements exigibles s'élèvent à 123 350 \$ en 2011-2012, 124 150 \$ en 2012-2013, 124 150 \$ en 2013-2014 et 20 692 \$ en 2014-2015.

De plus, il y a la location du 6500 Henri-Bourassa, se terminant le 31 mai 2013, pour une somme de 522 716 \$.

NOTE 11 - ÉVENTUALITÉS

L'établissement fait l'objet d'une réclamation en dommages-intérêts intentée par un fournisseur concernant la conclusion d'un contrat visé par un appel d'offres. Au 31 mars 2011, il existe une réclamation en dommages et intérêts d'environ 1 700 000 \$. Cependant, il est impossible d'estimer la perte ou le gain ultime. La direction est d'avis que cette requête est non fondée et, par conséquent, aucune provision n'a été comptabilisée aux livres à cet égard.