

APPRENDRE CONTRIBUER VIVRE



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

RAPPORT ANNUEL 2006-2007

Le 21 juin 2007

Monsieur Philippe Couillard
Ministère de la santé et des services sociaux
Édifice Catherine-de-Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 15e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Objet : Rapport annuel 2006-2007

Monsieur le Ministre,

Conformément à l'article 278 de la Loi sur les services de santé et services sociaux, vous trouverez ci-joint le rapport annuel d'activités 2006-2007 du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle adopté par le conseil d'administration du 20 juin 2007.

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

Veillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression des mes sentiments les plus distingués.

Le directeur général intérimaire



Daniel Petit

/gl
p.j.

Le 25 juin 2007

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

Objet : Rapport annuel 2006-2007

Monsieur le Directeur général,

Conformément à l'article 278 de la Loi sur les services de santé et services sociaux, vous trouverez ci-joint le rapport annuel d'activités 2006-2007 du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle adopté par le conseil d'administration du 20 juin 2007.

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

Veillez agréer, Monsieur, l'expression des mes sentiments les plus distingués.

Le directeur général intérimaire



Daniel Petit

/gl
p.j.

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	7
1. LA PRÉSENTATION DE L'ORGANISATION	9
1.1 Une mission unique	11
2. LE RAPPORT DES ACTIVITÉS	13
2.1 Les affaires générales	14
2.2 Les activités d'appréciation de la qualité	15
2.3 Les soins et services à la population	16
2.4 Les ressources humaines	18
2.5 Les ressources informationnelles	19
2.6 Les ressources financières	19
2.7 Les immobilisations	20
2.8 Les communications	20
3. LE SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION	21
4. LES ÉTATS FINANCIERS	35
5. LE RAPPORT DE LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	39
6. LES CONSEILS ET COMITÉS CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI	43
7. LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	45
8. LA PRESTATION SÉCURITAIRE DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX	51

LA RÉALISATION DE CE RAPPORT ANNUEL 2006-2007 EST LE RÉSULTAT DU TRAVAIL DE NOMBREUX COLLABORATEURS PROVENANT DE TOUS LES CENTRES D'ACTIVITÉ ET NOUS LES REMERCIONS POUR LEUR PRÉCIEUSE COLLABORATION.

ADOPTÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION LE 20 JUIN 2007

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil d'administration adoptait à sa séance régulière du 19 octobre 2006 une résolution unanime visant l'implantation du projet hospitalier. Rappelons que ce projet avait pour objet d'actualiser la mise en œuvre du CSSS au regard de sa mission hospitalière, principalement en consolidant les activités d'hospitalisation et de chirurgie à l'Hôpital de LaSalle et en accentuant la spécialisation en médecine ambulatoire à l'Hôpital de Lachine. Il s'agissait pour beaucoup d'acteurs interpellés dans cette réflexion d'un projet ayant une vision d'avenir pour la population du territoire. Ce projet avait pour but d'améliorer l'offre de services et d'optimiser l'utilisation des ressources.

Ce projet n'a pas été perçu comme tel par certains acteurs du territoire de l'arrondissement de Lachine et de la Ville de Dorval et la résultante a fait en sorte que nous n'avons pas pu l'actualiser. Cette situation s'est transformée en véritable crise et a mobilisé l'attention du conseil d'administration et des administrateurs tout au long de l'année qui se termine. Cela s'est traduit, entre autres, par une perte de productivité et par certaines décisions non prises ou reportées. Précisons également que le climat de travail a souffert de cette situation et nous avons observé certains signes de démobilisation. Malgré ce contexte, plusieurs dossiers ont progressé et ce rapport en fait état.

En matière d'infections nosocomiales, les membres du conseil d'administration suivent le dossier de près et nous pouvons assurer à la population que nous avons une excellente équipe de prévention des infections et que tout est mis en œuvre pour contrôler les risques d'éclosion et, le cas échéant, pour intervenir rapidement afin de maîtriser la situation. Nous avons participé aux efforts visant la rédaction d'un plan d'intervention en cas de pandémie et nous sommes heureux d'assurer à la population qu'advenant une telle éventualité, notre CSSS sera prêt à y faire face.

Un mot sur les défis majeurs qui nous attendent pendant l'année 2007-2008.

Nous souhaitons, tôt en début d'année, arrêter une décision en ce qui a trait à notre projet de réorganisation clinique au regard de la mission hospitalière. Il sera plus facile de stabiliser l'organisation, de terminer la mise en place de notre instance locale et d'assumer notre leadership pour la mise en place du réseau local.

Le conseil d'administration souhaite accentuer la consolidation de certains programmes visant à mieux répondre aux besoins de sa population et favoriser le développement des services requis. À cet égard, le conseil d'administration pourra adopter les projets qui lui seront présentés et assurer toute représentation utile auprès de l'Agence ou des différentes instances concernées. Entre autres, le conseil d'administration souhaite suivre de près les efforts de la direction concernant la mise en place ou la promotion des GMF ou des cliniques réseaux. Nous allons également porter attention particulière à la gestion des listes d'attente suite à la mise en place de la Loi 33 et aux efforts pour répondre aux besoins des clientèles vulnérables.

En matière de prévention des infections, nous allons continuer à suivre le dossier de près en assurant le suivi des recommandations qui nous sont formulées et aussi en demandant régulièrement des rapports sur la situation prévalant dans notre organisation.

Nous partageons les objectifs du ministère de la Santé et des Services sociaux quant à l'amélioration de l'accessibilité aux services d'urgence. À ce chapitre, nous allons nous assurer que la direction adopte une stratégie pour améliorer la situation. Sur ce sujet, le conseil d'administration entend soutenir l'administration et faire les représentations, le cas échéant, pour que l'Hôpital de LaSalle puisse obtenir les autorisations requises pour agrandir l'urgence afin que ce secteur d'activité ait les installations requises pour répondre aux besoins de la population et aux normes attendues et dispose de tout l'espace et des facilités nécessaires pour assumer adéquatement sa mission.

Les membres du conseil d'administration souhaitent apporter une attention particulière à la question des ressources humaines. Conscients de la pénurie qui est très présente, nous allons nous assurer que la direction des ressources humaines puisse travailler à la production du plan de main-d'œuvre de façon à garantir le maintien à l'accessibilité des services.

Nous allons, au cours de la prochaine année, maintenir nos efforts pour doter l'organisation des meilleures technologies en matière de gestion de l'information et d'équipements médico-administratifs. Certains travaux de consolidation seront requis et nous nous attendons soit à participer aux efforts de l'Agence en cette matière ou à déposer des projets en ce sens.

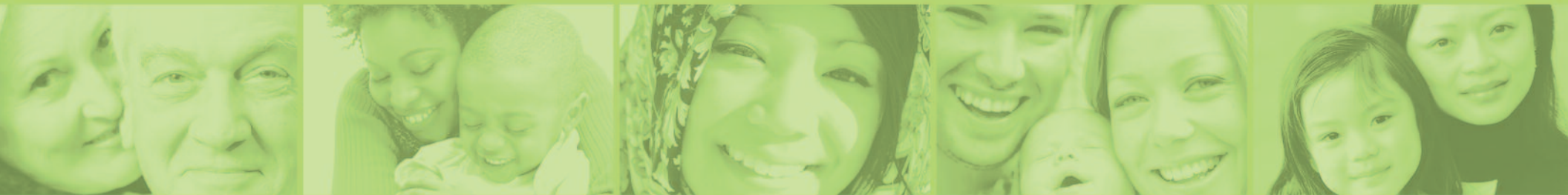
Finalement, l'enjeu économique demeure une priorité du conseil d'administration. Il nous apparaît qu'un effort important pour maintenir l'équilibre budgétaire et la productivité attendue sera nécessaire pour la prochaine année budgétaire et les suivantes. À cet égard, nous allons adopter une politique et un processus budgétaire qui assureront la rigueur attendue. Des efforts particuliers porteront sur le contrôle budgétaire périodique. Il est important de souligner que le potentiel de réduction des coûts sera conditionné par la solution retenue quant au projet de réorganisation des services cliniques mission hospitalière.

En terminant, les membres du conseil d'administration souhaitent remercier la direction, les cadres intermédiaires, les employés, les médecins et les bénévoles qui travaillent quotidiennement à bien répondre aux besoins exprimés par la population. Nos employés et médecins sont soucieux de produire un travail de qualité et nous tenons à souligner notre appréciation et à les assurer de notre soutien en tout temps.



M^e Marie-Claude Jarry
Présidente du conseil d'administration

1. LA PRÉSENTATION DE L'ORGANISATION



1.1 UNE MISSION UNIQUE

Le CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle est formé de l'Hôpital de Lachine, de l'Hôpital de LaSalle, des CLSC de Dorval-Lachine et de LaSalle et du Centre d'hébergement de Dorval, du Centre d'hébergement Nazaire-Piché, du Centre d'hébergement de LaSalle, du Centre d'hébergement de Lachine et du Centre d'hébergement Camille-Lefebvre.

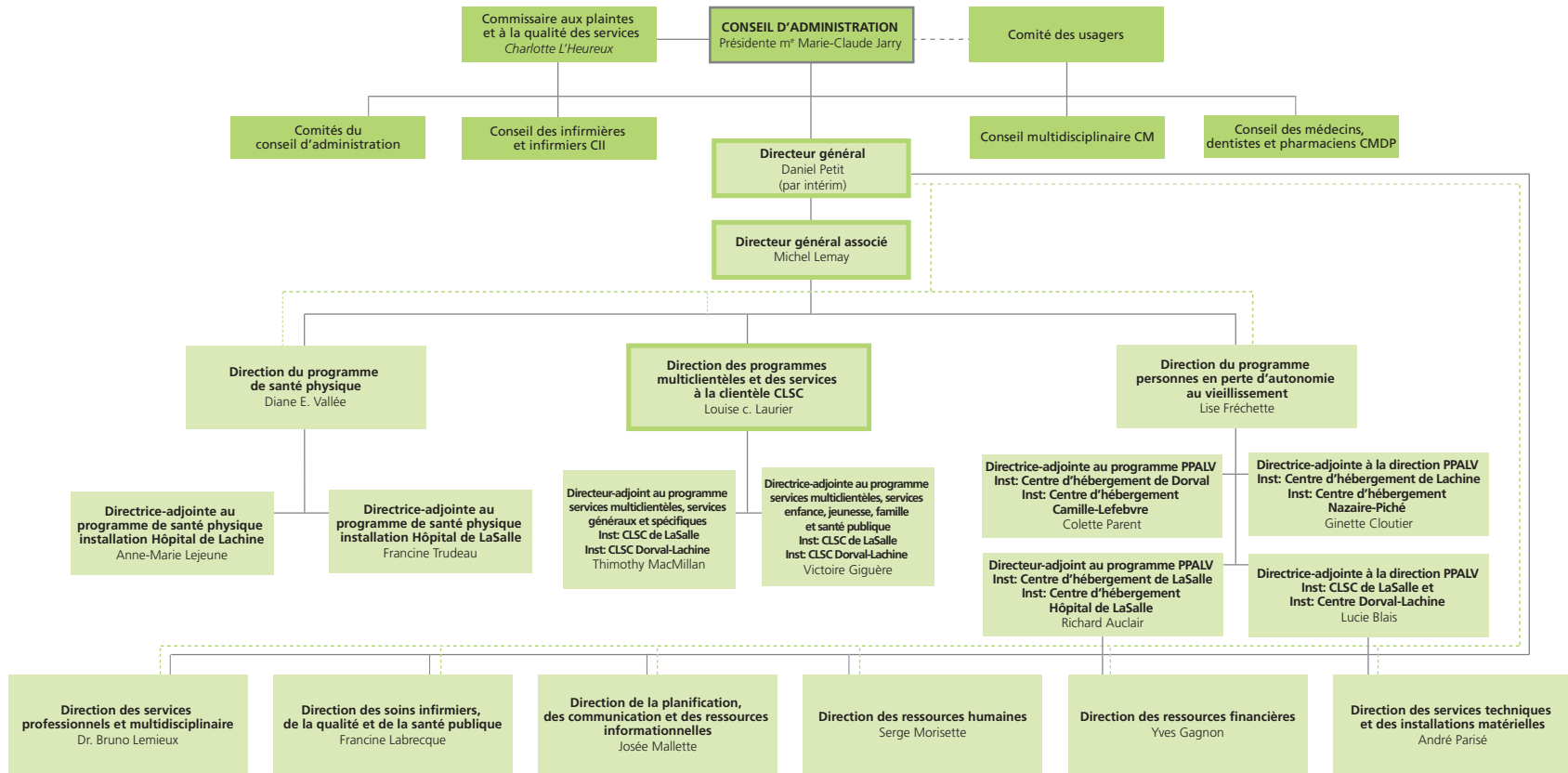
La raison d'être du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle lui est dictée par la Loi sur les services de santé et les services sociaux que nous résumons en quatre grands volets :

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

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

1.2 LA STRUCTURE DE L'ORGANISATION

L'organigramme



L'effectif médical

Établissement	Spécialité	RFI*	Employés en poste	PEM 2007	Postes offerts	2007-2009
CSSS DE	allergie-immunologie		1	1	0	1
DORVAL-	anatomo-pathologie	RFI	1	2	1	2
LACHINE-	anesthésiologie		3	6	3	6
LASALLE	cardiologie		1	1	0	1
	chirurgie générale		7	7	0	7
	chirurgie orthopédique		4	4	0	4
	gastro-entérologie	RFI	2	3	1	3
	médecine interne		6	6	0	6
	microbiologie		1	1	0	1
	neurologie		1	1	0	1
	obstétrique-gynécologie		10	10	0	11
	ophtalmologie		3	3	0	3
	oto-rhino-laryngologie		2	2	0	2
	pédiatrie générale		3	3	0	3
	physiatrie	RFI	1	1	0	1
	psychiatrie adulte	RFI	1	1	0	2
	radiologie diagnostique		3	5	0	5
	urologie	RFI	1	1	0	2
TOTAL			51	58	5	61

Membres actifs

Hôpital de LaSalle		Au CLSC et au Centre d'hébergement de Lasalle	
spécialistes	45	omnipraticiens	17
omnipraticiens	39	omnipraticiens	20
Hôpital de Lachine		Au CLSC de Dorval-Lachine et aux Centres d'hébergement de Lachine, de Nazaïre-Piché et de Dorval	
spécialistes	45	omnipraticiens	17
omnipraticiens	20		

Les employées et employés

Cadres à temps complet	104
Cadres à temps partiel	13
Personnel régulier à temps complet	1 097
Personnel régulier à temps partiel	739
Personnel temps partiel occasionnel	647
TOTAL	2 600

2. LE RAPPORT DES ACTIVITÉS



2.1 LES AFFAIRES GÉNÉRALES

Ententes de gestion et d'imputabilité

Le conseil d'administration a entériné l'entente de gestion et d'imputabilité convenue avec l'Agence et pour l'année 2006-2007. Cette entente précise les engagements réciproques, conformément à l'article 182.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et ce, en vue d'améliorer et d'adapter l'offre de services dispensés aux citoyens et l'efficacité générale du système. Au chapitre 3 du présent document, nous présentons un tableau résumant le suivi de l'entente de gestion.

Le projet clinique

En février 2006, il y a eu dépôt du document de la phase I du projet clinique, qui en est à sa deuxième version. Cette phase consiste en l'implantation du projet clinique et organisationnel.

Parallèlement, nous avons terminé la phase II pour les tables sectorielles suivantes :

- le programme Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement;
- le programme de Santé mentale;
- le programme de Services posthospitaliers;
- le programme Cancer.

Cette phase II est une démarche en huit étapes qui vise à définir l'offre de services du réseau local de santé et de services sociaux et à répondre aux finalités d'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Elle a été rédigée en collaboration avec les gestionnaires et les employés ainsi que de nombreux partenaires.

Les plans de mise en œuvre liés à ces quatre programmes ont été implantés et des mécanismes de suivi ont été élaborés.

En janvier 2006, nous avons entrepris les travaux visant le développement des programmes cliniques suivants :

- le programme Jeunes en difficulté;
- le programme Déficience physique;
- le programme Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (TED);
- le programme Maladies chroniques;
- le programme Dépendances;
- les services généraux s'adressant à la population en général.

L'élaboration des plans de mise en œuvre, qui devront être soumis à l'approbation du conseil d'administration, devrait se terminer en juin 2007.

Le personnel, les gestionnaires et les partenaires qui ont participé à ces tables soulignent la richesse de cette démarche qui leur permet de cibler et de définir les meilleures pratiques et ce, dans une perspective de continuum de services.

Protocoles et ententes de service

Le CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle peut convenir de protocoles et d'ententes de services avec ses partenaires dans le but de compléter sa gamme de services ou d'aider les partenaires à combler la leur.

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

- Entente avec l'Association des anesthésistes et l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal pour accorder des incitatifs financiers afin d'empêcher les bris de services à l'Hôpital de Lachine et à l'Hôpital de LaSalle.
- Les partenaires intersectoriels et la direction des programmes multiclientèles et des services à la clientèle ont signé une entente de collaboration avec l'arrondissement de LaSalle concernant les cas d'insalubrité afin de permettre d'offrir des services aux personnes les plus vulnérables.
- Une entente de collaboration avec l'organisme communautaire Solution LaSalle et le comité de sécurité alimentaire de LaSalle assure la présence d'une travailleuse sociale auprès des clientèles dans le besoin.

- Nous avons signé des ententes de collaboration entre les deux CLSC et le Centre de formation professionnelle de Lachine, le Centre d'éducation des adultes de LaSalle, le Centre d'éducation des adultes Jeanne-Sauvé de la commission scolaire Marguerite-Bourgeoys pour permettre aux jeunes adultes qui désirent réintégrer le marché du travail ou de retourner aux études d'avoir accès à des consultations personnalisées.
- Un protocole d'entente entre le CLSC de Dorval-Lachine et le CPE Lachine assure l'accès à des places réservées pour des enfants qui nécessitent une attention particulière. Un cadre de référence a été réalisé détaillant les modalités d'accès.

2.2 LES ACTIVITÉS D'APPRECIATION DE LA QUALITÉ

Gestion des risques

Nous avons mis en place les nouvelles lignes directrices intégrées en gestion des risques.

Chacune des directions-clientèles a été consultée pour élaborer une vision commune du dossier en considération de la loi et des obligations du CSSS. Nous avons élaboré et mis en place un registre local unique de compilation des incidents-accidents, les règlements, les politiques et les procédures découlant de la Loi 113.

Un comité de gestion des risques a été créé en septembre 2006 et mis en place. Son mandat, sommairement, est d'assurer le suivi du programme d'amélioration continue de la qualité, de définir les orientations et de fixer les priorités en matière d'amélioration et de gestion des risques.

Une politique et un mécanisme de suivis ont été élaborés en regard des réclamations afin de réduire les risques associés et, par le fait même, améliorer la qualité des soins et des services offerts.

Agrément

Le CSSS s'est inscrit à une démarche d'agrément avec le CCASS. Un manuel d'organisation de projet afin de préciser le mandat, les objectifs, les biens livrables, les étapes à franchir et les rôles et responsabilités des principaux acteurs a été mis à la disposition de l'ensemble des professionnels impliqués dans la démarche. Une vingtaine de rencontres ont été effectuées afin de sensibiliser plus de 200 personnes issues des différentes directions-clientèles et de soutien de même qu'auprès de nos partenaires de la communauté. Ces réunions ont permis de préciser les enjeux et les attentes envers la démarche. La visite du Conseil canadien d'agrément des établissements de santé est prévue pour février 2008.

2.3 LES SOINS ET SERVICES À LA POPULATION

Suivi du plan de mise en œuvre des projets cliniques

- **personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement**

Nous avons mis en place une table multisectorielle visant à contrer l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière des personnes âgées.

Nous avons également poursuivi la réorganisation et l'harmonisation des services de soutien à domicile tout en accroissant les services de répit et de gardiennage offerts aux proches aidants de notre territoire.

- **en santé mentale**

Nous avons diminué à moins d'une semaine le délai d'attente pour une évaluation à l'accueil social du CLSC de LaSalle.

Nous avons implanté un projet pilote visant les soins partagés en santé mentale par les intervenants des deux CLSC et des intervenants de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

Nous avons mis en place une « table clientèle » ayant pour mandat la planification de la formation, l'uniformisation d'outils de travail et l'identification de corridors de services pour les intervenants qui travaillent avec des jeunes présentant des situations complexes ou multiproblématiques. Ce modèle, malgré sa nouveauté, suscite beaucoup d'intérêt dans le réseau.

- **en oncologie et soins palliatifs**

Nous avons mis en place un plan d'action pour le CSSS et ce, en lien avec toutes les directions concernées.

Nous avons créé un comité de coordination qui a pour mandat de voir à l'avancement des travaux et de prioriser les actions en oncologie pour le CSSS.

Nous avons créé et attribué le poste d'infirmière pivot pour le CSSS. L'infirmière pivot a répondu à 300 demandes d'intervention.

Nous avons recensé les services que nous offrons à notre population et ceux pour lesquels nous devrions créer des ententes plus formelles. Nous avons élaboré la trajectoire des patients atteints du cancer du sein, colorectal, du poumon et de la prostate.

Nous avons créé un comité de planification des soins et des services pour les soins palliatifs. Des intervenants et des médecins participent à ces rencontres, ce qui a permis de créer des liens plus formels avec les différents professionnels et d'optimiser notre continuum de soins.

L'actualisation des services de la clinique externe en soins palliatifs a permis de répondre aux différents besoins de cette clientèle, surtout en termes de soulagement de la douleur, tout en assurant une facilité à l'hospitalisation, le cas échéant.

- **services posthospitaliers**

Nous avons analysé les trajectoires des patients hospitalisés et diagnostiqué les problèmes en vue d'optimiser la durée des séjours dans les hôpitaux. Nous avons soumis à l'Agence régionale de la santé et des services sociaux de Montréal une demande de soutien financier pour la réorganisation du travail, dans le but de mettre en œuvre le modèle de réorganisation des services de réadaptation et de convalescence dans notre CSSS.

Soutien à domicile

L'accent mis sur l'élaboration et la rédaction du cadre de référence thématique « proches aidants » constitue une contribution importante, de même que les efforts déployés pour l'harmonisation du contenu des ateliers s'adressant à cette clientèle particulière.

La poursuite du projet pilote en lien avec le suivi de la clientèle PPAALV à l'urgence de l'Hôpital de LaSalle a permis au cours des sept derniers mois d'éviter près de 90 hospitalisations.

En regard de notre responsabilité quant à la prévention des chutes, nous avons collaboré avec les organismes communautaires, les centres du Vieux Moulin et Multi-ressources. Des ateliers du programme PIED (programme intégré d'équilibre dynamique) ont été offerts à trois reprises et ont attiré 86 personnes.

Hébergement

Au Centre d'hébergement de Dorval, nous avons procédé à l'ouverture, à l'unité prothétique, de la salle de stimulation sensorielle inspirée du concept « snozelen ». Ce programme offre, à la clientèle présentant divers types de démences, des expériences sensorielles variées favorisant la stimulation des sens primaires dans un environnement contrôlé.

Un groupe de soutien aux familles a aussi vu le jour. Il organise deux ou trois rencontres annuelles au cours desquelles les familles des nouveaux résidents sont informées des services offerts et reçoivent de l'information sur des thèmes particuliers tels le consentement, le deuil, etc.

Le Centre d'hébergement Camille-Lefebvre a mis de l'avant un plan d'action visant à déployer l'outil SMAF (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) dans les unités de soins. Cet outil permettra une représentation globale des besoins de la personne et assurera une continuité dans les soins dispensés.

Nous avons souligné le 25^e anniversaire du Centre d'hébergement Nazaire-Piché. La salle Lionel-Brien réaménagée afin de favoriser l'ambiance d'un milieu de vie a été inaugurée. De plus, la subdivision possible de cette salle permet de réaliser plus d'une activité à la fois. Le concept de subdivision permet de développer le coin salle de cinéma, le coin bistro et le coin chapelle, le tout en harmonie.

Dans un souci d'amélioration du processus d'intégration au milieu de vie de la clientèle présentant des déficits cognitifs, nous avons procédé, au Centre d'hébergement de LaSalle, au déplacement de dix lits à 2,5 heures soins et plus du 3^e au 2^e étage. Ce déplacement permet à la clientèle de s'adapter à son nouveau milieu de façon plus harmonieuse. Au centre de jour, nous avons procédé à une réorganisation des heures de travail du personnel afin de mieux répondre aux besoins croissants de la clientèle à domicile.

Nous avons également souligné le 25^e anniversaire du Centre d'hébergement de LaSalle. Plusieurs anciens employés étaient présents lors de la célébration, enrichissant cette rencontre de multiples échanges sur les mémoires d'autrefois.

Suite à la visite ministérielle pour la clientèle en hébergement de l'Hôpital de LaSalle, un plan d'action a été réalisé. Ce suivi a permis la rencontre de plus de 70 personnes lors de six comités de résidents et de trois comités sur le milieu.

Services généraux

À l'été 2006, nous avons participé à la coordination des opérations lors du rapatriement des personnes d'origine libanaise. Plus de 20 intervenants psychosociaux et infirmières ainsi que le service Info-Santé ont été mobilisés.

Le départ du service Info-Santé a permis la réorganisation de l'ensemble des services de première ligne, entre autres, l'accueil-santé, le sans rendez-vous infirmier, la ligne dédiée pour les services de soutien à domicile.

Nous avons observé une importante hausse des demandes de services psychosociaux. La croissance constante de familles monoparentales et le taux élevé de décrochage scolaire sur notre territoire sont parmi les raisons de l'augmentation des demandes de services psychosociaux.

Nous avons reçu 45 enfants à la clinique TDA/H au CLSC de Dorval-Lachine. Ce sont des enfants qui sont suivis pour des troubles de déficit d'attention avec ou sans hyperactivité. Cette clinique est un très bel exemple d'innovation et d'efficacité. Très peu de jeunes (6 %) sont orientés vers les services de deuxième et de troisième ligne après avoir été suivis à cette clinique.

Services Famille-Enfance-Jeunesse

Depuis septembre dernier, la création d'un corridor de services entre les deux CLSC et le Centre médical pour enfants de LaSalle a permis de répondre à 49 références pour les petits et leur mère qui étaient sans médecin.

Nous avons produit un état de situation quant au dossier « Initiative Amis des bébés » et nous avons élaboré une politique sur l'allaitement aux fins d'adoption par le conseil d'administration.

Avec la participation d'intervenants du programme Santé mentale, la direction des Services Famille-Enfance-Jeunesse a transformé le « comité protocole » de la Table de coordination des services à la jeunesse. Cette table regroupe l'ensemble des partenaires pour les jeunes en difficulté et/ou ayant des problèmes de santé mentale. Notre modèle d'intervention a connu un rayonnement auprès de plusieurs CSSS de la région de Montréal.

Services d'action communautaire

L'équipe d'action communautaire soutient les organismes et les tables de concertation engagés dans le développement de la communauté. Cette année, le soutien a été particulièrement offert :

- à la table de développement social de LaSalle dans la continuité de sa mission;
- au comité de sécurité alimentaire de LaSalle dans ses démarches financières;
- à la coordination du comité de revitalisation urbaine intégrée de Saint-Pierre.

Suite aux recommandations des quatre tables sectorielles du projet clinique de l'an dernier, nous avons réalisé un état de situation sur les problèmes de transport dans notre territoire, en collaboration avec les différents partenaires.

Services hospitaliers

Il y a eu révision du plan directeur immobilier de l'urgence de l'Hôpital de LaSalle.

Nous avons actualisé les recommandations du secteur des relations de travail concernant l'Unité familiale des naissances en vue d'améliorer le climat de travail et les moyens de communication.

Nous avons participé à l'élaboration de protocoles ainsi que de pratiques et procédures de qualité à l'Unité familiale des naissances, au bloc opératoire et en médecine-chirurgie.

Les unités de médecine-chirurgie des deux hôpitaux ont été mises à contribution pour l'intégration du plan de traitement des maladies pulmonaires obstructives chroniques.

Santé publique

Nous avons mis en place un centre d'éducation pour la santé. Ce centre offre des services de soutien à l'adoption de saines habitudes de vie. Il est accessible à deux points de service pour la population du territoire de Dorval-Lachine-LaSalle depuis le mois d'avril 2007.

2.4 LES RESSOURCES HUMAINES

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

L'année financière 2006-2007 fut une année fort occupée avec l'implantation d'un système informatique en gestion des ressources humaines. Cette démarche devenait indispensable avec la création du CSSS et le regroupement de huit installations qui utilisaient des systèmes informatiques et logiciels différents. Ce nouveau système est interfacé avec le service de la paie, de la comptabilité et du remplacement du personnel, ce qui permet d'éviter la double saisie des informations pertinentes à plus d'un secteur d'activité. La mise en place de ce nouveau système constitue un outil indispensable à la planification et à la gestion efficace des ressources humaines dans notre environnement diversifié et interétablissements.

Nous avons poursuivi les travaux de négociation avec les partenaires syndicaux afin de convenir d'arrangements locaux adaptés à la nouvelle réalité du CSSS et aux besoins de son personnel. Cet exercice découlant de l'application de la Loi 30 et ayant débuté le 1^{er} décembre 2005 doit se terminer le 1^{er} décembre 2007.

Relativement à la gestion de la présence au travail, le service de santé et sécurité au travail a procédé à la mise en place d'un programme de promotion de la santé et du mieux-être pour l'ensemble de son personnel. Ce programme est dispensé par des médecins et professionnels de la santé de la firme Acti-menu et s'articule autour de six conférences santé et bilans thématiques individuels sur la santé globale. Les conférences sont échelonnées sur trois ans. Le programme, offert sur une base volontaire, vise à permettre à chaque personne de prendre sa santé en main et propose des conférences, des bilans de santé et des outils. Les thèmes abordés lors des conférences sont la santé globale, le stress, la santé du cœur, l'alimentation et l'activité physique. Lancé en décembre 2006, le programme a permis de joindre déjà 25 % des 2 600 employés de notre organisation.

Mouvements de la main-d'œuvre en 2006-2007

Nouvelles embauches (infirmiers, infirmières)	114
Départs (infirmiers, infirmières)	136
Nouvelles embauches (autres)	364
Départs (autres)	325

Investissements en orientation et formation du personnel (2006-2007)

Orientations : 29 871 heures	54 018 \$
Formation	1 242 232 \$

2.5 LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Nous avons débuté la mise en place des étapes attendues du ministère concernant la sécurité des actifs informationnels :

- adoption par le conseil d'administration en mars 2007 d'une politique de sécurité de l'information;
- mise sur pied d'un comité de sécurité des actifs informationnels représentatif des directions impliquées;
- rédaction d'un plan de formation et de sensibilisation sur la politique de sécurité de l'information;

- étude et mise en place des 15 mesures obligatoires et minimales en matière de sécurité des actifs informationnels identifiées par le ministère et les agences.

Il y a eu aussi d'autres projets, tels que l'implantation du système Med-ECHO (données sur les clientèles hospitalisées et celles externes), l'implantation de SIURGE (logiciel de l'urgence) à l'Hôpital de LaSalle, l'implantation des nouveaux glucomètres (installation de logiciels de connectivité sur le réseau), la mise en place d'un engin d'interface.

Nous avons mis sur pied un comité de planification en ressources informationnelles et les membres ont fait un état de situation de tous les projets informationnels du CSSS et de ceux demandés par le ministère et l'Agence de la santé et des services sociaux. Le but de cette démarche a été d'établir un portrait, de prioriser l'actualisation des dossiers et d'établir le coût de la mise en place incluant la formation des intervenants.

2.6 LES RESSOURCES FINANCIÈRES

Le projet le plus important a été la mise en opération des nouveaux systèmes administratifs soit C.G.I. (SAP) pour les services financiers, MediSolution (MediAccès) pour la paie et Bell solutions d'affaires (Magistra) pour la gestion des ressources humaines et le remplacement de personnel.

La mise en œuvre de ce projet fut tout un défi pour les secteurs concernés. Le travail acharné des chargés de projets, des pilotes, des super utilisateurs et de l'ensemble des employés de la Direction tant au niveau de la comptabilité, de l'approvisionnement, de la paie que du service informatique a mené à une réussite de l'implantation.

Il y a eu formation des gestionnaires pour la préparation budgétaire, la navigation dans le système SAP et pour les nouveaux codes d'imputation, ainsi que la formation des utilisateurs pour le logiciel S.R.M. (Supplier Relationship Management) pour la requête des marchandises.

Dans le contexte de l'harmonisation des données, nous avons participé au niveau régional à la mise en place d'une base d'articles commune aux magasins des sept CSSS.

2.7 LES IMMOBILISATIONS

La rénovation fonctionnelle du 4^e étage du Centre d'hébergement de Lachine a été un des dossiers majeurs. Elle a duré onze mois et a nécessité la relocalisation temporaire de résidents à l'ex-Hôpital de Lachine. Ces travaux ont permis d'aménager le 4^e étage pour mieux répondre aux besoins de la clientèle et d'en faire un milieu de vie adéquat.

Le remplacement du système de climatisation du bloc opératoire de l'Hôpital de Lachine a nécessité le transfert des activités vers le bloc opératoire de l'Hôpital de LaSalle. Ces travaux, qui ont duré trois mois, ont permis de régler une problématique au niveau de la prévention des infections liées au taux d'humidité. Nous tenons à souligner la collaboration entre le personnel et les médecins des blocs opératoires de l'Hôpital de Lachine et de l'Hôpital de LaSalle.

La gérance du parc des aides techniques au CLSC de Dorval-Lachine a été confiée à une firme externe. Il y a eu élaboration d'une procédure pour tout le personnel par rapport au transfert d'équipement. Cela a permis d'harmoniser le mode de fonctionnement entre les deux CLSC.

2.8 LES COMMUNICATIONS

Le rôle des communications dans le CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle a pour objectif de faire connaître et comprendre la mission, les valeurs, les objectifs et les résultats visés par l'organisation. Cette connaissance et cette compréhension sont des éléments qui favorisent une meilleure vision du milieu du travail et l'atteinte d'objectifs communs.

Pour l'année 2006-2007, une redéfinition des outils de communication a été entreprise afin de donner, dans un premier temps, de l'information plus recherchée et plus complète et de permettre, dans un deuxième temps, une circulation continue de cette dernière.

Nous avons travaillé à développer et à harmoniser l'image de notre établissement, notamment avec la direction des ressources humaines, grâce à un projet de recrutement (dépliants, bannières et signets) sous le thème Apprendre-Contribuer-Vivre. Cela a permis de donner le ton à une image institutionnelle du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle qui sera déployée plus en profondeur en 2007.

Nous pouvons d'ores et déjà en avoir un aperçu avec, entre autres, la naissance d'un nouveau journal interne «le Mag CSSS» qui vise l'ensemble du personnel et les médecins du CSSS. Dans un souci de transparence et pour informer rapidement l'ensemble du personnel, l'Info-Rapide CSSS a été développé en version électronique.

Du soutien a aussi été offert à toutes les directions et services pour l'élaboration de leur plan de communication, qui consiste à mettre en place la stratégie, les outils et les activités afin de diffuser l'information de leur direction.

Le service de communication a été très présent au niveau de la publicisation des activités du CSSS et a participé à plusieurs semaines thématiques.

« Ces résultats n'auraient pu être atteints sans le travail acharné des directeurs, des cadres intermédiaires, du personnel et des médecins. »

Sincères remerciements.

A handwritten signature in black ink, reading "Daniel Petit". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal stroke at the end.

Daniel Petit
Directeur général

3. LE SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION



AU PLAN DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET DE TRANSFORMATION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	PARAMÈTRES OU PRÉCISIONS	DOCUMENT REQUIS	RÉSULTAT	COMMENTAIRES
ÉLABORATION DU PROJET CLINIQUE					
Le processus respecte les cinq étapes. La démarche pour les tables concernant toutes les clientèles vulnérables se termine fin juin 2006. Les mécanismes de suivi ont été mis en place en 2006.					
<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un processus d'élaboration du projet clinique qui est basé sur la démarche précisée dans l'entente de gestion. 					

IMPLANTATION DU MODÈLE MONTRÉALAIS DE PRISE EN CHARGE					
<ul style="list-style-type: none"> Élaborer et déposer à l'Agence, avant le 31 janvier 2007, un plan d'action sur l'implantation du modèle montréalais de prise en charge de la population. 	Dépôt du plan d'action				Cette attente est reportée.
<ul style="list-style-type: none"> Assurer la promotion des services d'Info-Santé et, si possible, du Portail « Espaces Santé Société Mieux-Être ». 	Mise en place de mécanismes pour assurer la promotion de ces services				
<ul style="list-style-type: none"> Élaborer et mettre en place un processus et des mécanismes permettant d'assurer l'évaluation continue du rendement, quant à l'utilisation des protocoles cliniques et à l'organisation des services. 	Processus et mécanismes définis				

AU PLAN DES PROGRAMMES SERVICES

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	PARAMÈTRES OU PRÉCISIONS	DOCUMENT REQUIS	RÉSULTAT	COMMENTAIRES
SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE					
<ul style="list-style-type: none"> Collaborer à la mise en place et au bon fonctionnement des ententes de service avec les GMF ou les cliniques réseaux du territoire. 	Entente de service signée avec chaque clinique réseau ou GMF du territoire				
<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des liens privilégiés et dédiés entre les omnipraticiens exerçant en clinique médicale, GMF ou clinique réseau et le CSSS, par un mécanisme rapide et efficace de liaison ou d'orientation. 	Adoption et mise en œuvre d'un mécanisme structuré de liaison/ orientation	<ul style="list-style-type: none"> Depuis septembre 2006, mise en place d'un corridor de services entre les deux CLSC et le Centre médical pour enfants de LaSalle Dans le cadre de l'implantation du plan d'action en santé mentale, lancement d'un projet pilote « Les Soins partagés » entre les deux CLSC et l'Hôpital Douglas Clinique au CLSC de Dorval-Lachine pour le suivi des « troubles de l'attention TDA/H », en collaboration avec les commissions scolaires 		<i>en cours</i>	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de cliniques ou GMF avec lesquels de telles ententes sont signées : 0 49 orientations enfants et prises en charge médicales ont été réalisées. Le projet de soins partagés implique les psychiatres de l'hôpital et des médecins omni-praticiens de la communauté. Les mécanismes de référence et de suivi évitent le recours à la 2^e. Première réunion pour la constitution d'un GMF Dorval, jeudi 3 mai 2007
<ul style="list-style-type: none"> Collaborer à la régionalisation du service Info-Santé. 	Participation aux démarches définies par l'Agence et le CSSS de la Montagne			S.O.	
<ul style="list-style-type: none"> Élaborer un plan local de lutte contre la pandémie de grippe selon le cadre défini par l'Agence. 	Dépôt du plan local de lutte contre la pandémie de grippe			<i>en cours</i>	<ul style="list-style-type: none"> Un plan final a été déposé à l'Agence en septembre 2006. 65 protocoles ont été finalisés pour encadrer les activités lors d'une pandémie. Des sous-comités de travail ont été formés en fonction des divers volets de la pandémie. Un plan de délestage et de réorganisation des installations a été élaboré.
<ul style="list-style-type: none"> Déposer annuellement à l'Agence (Direction des affaires médicales et universitaires) l'état de situation des nominations des médecins en fonction des statuts et privilèges et aviser l'Agence, au fur et à mesure, de toute modification et des remplacements. 	Dépôt de l'état de situation annuel Avis sur toute modification et remplacement				

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	PARAMÈTRES OU PRÉCISIONS	DOCUMENT REQUIS	RÉSULTAT	COMMENTAIRES
PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT					
<ul style="list-style-type: none"> Compléter le plan d'action qui permet d'implanter le concept « Milieu de vie ». 	Plan d'action complété et remis à l'Agence pour le 15 nov. 2006		Plan d'action	<i>réalisé</i>	- Cadre de référence pour un milieu de vie de qualité en CHSLD remis à Madame Francine Quenneville de l'Agence en novembre 2006
<ul style="list-style-type: none"> Implanter le concept de « Milieu de vie » dans chacun des CHSLD de l'établissement, conformément aux orientations ministérielles inscrites au document « Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD » (2003). 	Dépôt du rapport d'étape sur l'implantation du concept de « Milieu de vie »	<ul style="list-style-type: none"> Le rapport d'étape doit notamment préciser le nombre de CHSLD ayant mis en place le concept de « Milieu de vie ». 	Rapport d'étape	<i>en cours</i> <i>en cours</i> <i>en cours</i> <i>réalisé</i> <i>réalisé</i> <i>réalisé</i> <i>réalisé</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de CHSLD ayant mis en place le concept de « Milieu de vie » : 6 - Tous les centres d'hébergement ont adopté une approche milieu de vie. - Diagnostic du milieu de vie (six sites) par les gestionnaires, les comités de résidents et les comités milieu de vie - Présentation du cadre de référence et du code d'éthique aux employés, résidents et bénévoles des six sites - Création d'un comité « milieu de vie » dans chacun des sites - Mise en place d'une semaine « milieu de vie » avec thématique - Plusieurs programmes, outils, et mécanismes ont été harmonisés dans les six sites.
<ul style="list-style-type: none"> Collaborer, s'il y a lieu, aux visites d'appréciation de la qualité de vie et apporter les correctifs requis. 	Plan d'action et bilan de suivi pour chacune des recommandations				- L'Agence verra à recueillir l'information nécessaire au suivi de cette attente à l'interne.

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	PARAMÈTRES OU PRÉCISIONS	DOCUMENT REQUIS	RÉSULTAT	COMMENTAIRES
<ul style="list-style-type: none"> Collaborer à l'actualisation du plan d'action sur les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. 	Plan d'action et bilan portant sur la mise en place des réseaux de services intégrés	<ul style="list-style-type: none"> Parachèvement de la mise en place des réseaux de services intégrés 		<i>en cours</i>	- Sous comité de travail harmonisation – table PALV Agence
	Création d'une table multisectorielle	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'une table multisectorielle visant à contrer l'abus, la maltraitance et l'exploitation financière des personnes âgées 		<i>réalisé</i>	- Mise en place de la table multisectorielle CSSS – Mars 2007
	Dépôt du projet de développement de ressources contractuelles Nombre de places développées	<ul style="list-style-type: none"> Poursuite, selon les priorités établies par l'Agence, du développement des ressources intermédiaires (RI), des ressources de type familial (RTF) et d'autres ressources alternatives 	Projet de développement	<i>en cours</i>	- Nombre de places développées : - 40 places seront développées.
	Types de services fournis aux proches aidants Nombre de proches aidants desservis	<ul style="list-style-type: none"> Augmentation de l'offre de service aux proches aidants, selon les orientations régionales et à partir des budgets de développement alloués à cet effet 		<i>réalisé</i>	- Nombre de proches aidants desservis : 50 - Élaboration d'un programme de soutien aux proches aidants - Ouverture d'un dossier au SAD pour les proches aidants identifiés à risques - Accroissement des services de répit et de gardiennage (soirée et fin de semaine) - Élaboration d'un plan de formation pour les proches aidants
	Dépôt de la date d'implantation d'e-smaf	<ul style="list-style-type: none"> Augmentation de l'offre de service aux proches aidants, selon les orientations régionales et à partir des budgets de développement alloués à cet effet 			- La démarche est en cours dans les établissements concernés.
	Date d'implantation du Tableau de bord	<ul style="list-style-type: none"> Collaboration à l'implantation du Tableau de bord prospectif du programme PALV, tel qu'il a été élaboré par l'Agence 		<i>réalisé</i>	- Date d'implantation : Avril 2007 - Formation / Agence pour les gestionnaires concernés

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	PARAMÈTRES OU PRÉCISIONS	DOCUMENT REQUIS	RÉSULTAT	COMMENTAIRES
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED					
<ul style="list-style-type: none"> Rehausser l'offre de services d'intervention psychosociale pour les personnes présentant une déficience intellectuelle (DI), avec ou sans troubles envahissants du développement (TED), et leur famille. 	<p>Nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ayant reçu des services d'intervention psychosociale</p> <p>Nombre moyen d'interventions par personne</p>	<ul style="list-style-type: none"> Clientèle DI : profil d'intervention 311 Clientèle TED : profil d'intervention 312 	Plan d'action	<i>réalisé</i>	<ul style="list-style-type: none"> DI Nombre de personnes ayant reçu des services d'intervention psychosociale : 426 Nombre moyen d'interventions : 7,8 TED Nombre de personnes ayant reçu des services d'intervention psychosociale : 156 Nombre moyen d'interventions : 11,1
<ul style="list-style-type: none"> Participer aux différents modules de formation offerts par l'Agence aux CSSS, au regard de la détection et du soutien de la clientèle TED. 	Pourcentage de personnes formées par module de formation				

JEUNES EN DIFFICULTÉ					
Poursuivre la mise en place des mesures prévues au Plan stratégique 2005-2010 du MSSS concernant les jeunes en difficulté et leur famille.	<p>Plan d'action conforme adopté par le CA</p> <p>Bilan des mesures mises en place</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le plan d'action doit être conforme aux orientations ministérielles énoncées dans le document de consultation Offre de services – Programme Jeunes en difficulté, mai 2005 ou version plus récente. Le plan d'action doit comprendre tous les programmes sous la responsabilité des CSSS, en respect des normes de pratique précisées pour chacun : <ul style="list-style-type: none"> suivi psychosocial; programme d'intervention en négligence; programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu. Le plan d'action doit aussi prévoir les liens de collaboration avec les services suivants : réadaptation, retrait du milieu familial et placement, adoption. 	<p>Résolution du CA de l'établissement et plan d'action</p> <p>Bilan des mesures mises en place</p>	<p><i>en cours</i></p> <p><i>en cours</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> En planification dans le cadre du projet clinique Un programme s'inspirant du PAPFC se développe dans un quartier ciblé. Une Table de coordination des services jeunesse a été mise en place afin d'améliorer les liens de collaboration avec les psychiatres des centres jeunesse, la pédopsychiatrie, les commissions scolaires et les organismes communautaires. Une « Table clientèle » pour les jeunes présentant des situations complexes est à l'étude pour l'ensemble du territoire

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	PARAMÈTRES OU PRÉCISIONS	DOCUMENT REQUIS	RÉSULTAT	COMMENTAIRES
DÉPENDANCES					
<ul style="list-style-type: none"> Assurer l'accès, dans les territoires locaux, à des services de détection et d'intervention brève en alcoolisme et toxicomanie de type Alcochoix+. 	Projet clinique adopté par le CA Nombre d'intervenants formés Nombre d'intervenants dédiés au programme Nombre d'usagers	<ul style="list-style-type: none"> Le projet clinique doit préciser la nature des services offerts en toxicomanie. Le service doit être disponible et fonctionnel. 			- Nombre d'intervenants formés : 0 - Nombre d'intervenants dédiés : 0 - Nombre d'usagers desservis : 0 - Pourcentage du territoire couvert : 0 %
desservis <ul style="list-style-type: none"> Former les intervenants requis à utiliser de l'outil « Dep-Ado ». 	Nombre d'intervenants formés à utiliser l'outil sur le nombre potentiel de personnes à former			<i>réalisé</i>	- Pourcentage de personnes formées : 100 %

SANTÉ MENTALE					
<ul style="list-style-type: none"> Maintenir des mécanismes de liaison entre les services de réponse aux crises suicidaires et psychiatriques et les services de prise en charge dans la communauté. 	Nombre d'ententes de service signées incluant les paramètres définis ci-contre	<ul style="list-style-type: none"> Modalités de référence et de suivi Délais d'accès en fonction de l'urgence de la situation (24 ou 48 heures) 	Ententes de service	<i>en cours</i>	- Nombre d'ententes de service signées : 0
<ul style="list-style-type: none"> Collaborer à la mise en œuvre du Plan d'action régional en santé mentale, incluant la participation à l'actualisation du plan stratégique visant à associer aux CSSS et à leurs partenaires les services de première ligne actuellement fournis par les CHSP ou les CHSGS ayant un département de psychiatrie. 				<i>Cette attente est reportée par l'Agence.</i>	

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	PARAMÈTRES OU PRÉCISIONS	DOCUMENT REQUIS	RÉSULTAT	COMMENTAIRES
<ul style="list-style-type: none"> Collaborer à la mise en œuvre du Plan d'action régional du Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC). 	Dépôt du plan d'action visant la mise en place des éléments notés ci-contre	<ul style="list-style-type: none"> Soutien à la mise en place des infirmières pivot en oncologie (IPO) travaillant au sein des équipes hospitalières et de celles permettant la coordination territoriale des interventions de première ligne avec les soins de deuxième et de troisième ligne Mise en place d'équipes interdisciplinaires conformément aux objectifs du PQLC Mise en place des corridors de services diagnostiques et thérapeutiques requis s'ils ne sont pas déjà offerts sur le territoire ou au sein de l'établissement Contribution à la mise en place du registre informatique des tumeurs, notamment pour le cancer du sein, du colon et du rectum, du poumon, de la prostate et du col et pour certains cancers hématologiques 	Plan d'action	<i>réalisé</i>	- Plan d'action déjà déposé à l'Agence
<ul style="list-style-type: none"> Assurer l'utilisation pertinente des opiacés injectables. 	<p>Protocole d'utilisation d'opiacés injectables à jour et adopté par le CMDP</p> <p>Pourcentage de cliniciens formés</p> <p>Nom des opiacés injectables à forte concentration retirés du formulaire pharmaceutique</p>	<ul style="list-style-type: none"> Formation des cliniciens sur le protocole Retrait des opiacés injectables à forte concentration 	Liste des opiacés retirés	<p><i>La formation n'est pas encore offerte.</i></p> <p><i>réalisé</i></p>	<p>- L'Agence verra à recueillir l'information nécessaire au suivi de cette attente à l'interne.</p> <p>- Distribution des opiacés (cas par cas)</p>

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	PARAMÈTRES OU PRÉCISIONS	DOCUMENT REQUIS	RÉSULTAT	COMMENTAIRES
<ul style="list-style-type: none"> Collaborer à la mise en place du système intégré de récupération de seringues et d'aiguilles usagées en assumant les responsabilités, conformément aux paramètres ci-contre. <p>Volet première ligne</p>	Bilan des mesures mises en place et du fonctionnement du système	<ul style="list-style-type: none"> Distribution et récupération sans frais des contenants remplis de déchets biomédicaux (DBM) des personnes qui font un usage domestique de seringues et d'aiguilles (autosoins et utilisateurs de drogue injectable) Détermination d'un endroit ou des endroits où les pharmacies et, s'il y a lieu, les organismes communautaires pourront, sans frais, rapporter les contenants remplis de DBM des personnes mentionnées ci-dessus Récupération sans frais des DBM piquants et tranchants provenant des salons de tatouage et de perçage ainsi que d'électrolyse tel qu'il est prévu à la phase 2 du plan régional d'implantation Élimination sécuritaire des DBM récupérés avec les DBM de l'établissement 	Bilan des mesures mises en place	<p><i>réalisé</i></p> <p><i>en cours</i></p> <p><i>en cours</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Nombre des mesures ci-contre (maximum 4) mises en place (volet première ligne): <ul style="list-style-type: none"> Système de distribution et de récupération sans frais des contenants de DBM distribués par les deux CLSC du territoire Suivi auprès des 26 pharmacies du territoire. De fait, il reste à poursuivre la sensibilisation à ce niveau. Visite et communication d'information aux salons de tatouage et de perçage ainsi que d'électrolyse en cours L'élimination sécuritaire des DBM est assurée par les deux hôpitaux du territoire. Bilan de la phase 1 déposé au comité de direction de l'établissement Phase 2 en cours de réalisation
Volet courte durée		<ul style="list-style-type: none"> Vérification que les cliniques spécialisées dans le traitement de maladies qui requièrent des autosoins récupèrent, sans frais, les contenants remplis de déchets biomédicaux (DBM) provenant des personnes qui font un usage domestique de seringues et d'aiguilles et les éliminent, toujours sans frais, avec leurs propres DBM piquants et tranchants 		<i>réalisé</i>	<ul style="list-style-type: none"> Nombre des mesures ci-contre (maximum 1) mises en place (volet courte durée): <ul style="list-style-type: none"> Les DBM des patients qui requièrent des autosoins sont acheminés aux hôpitaux par les deux CLSC.
Pour les centres désignés ou associés qui ne l'ont pas déjà fait, adopter un protocole d'utilisation des immunoglobulines intraveineuses (IgIV).	Protocole adopté par le CMDP	<ul style="list-style-type: none"> Conformité du protocole au document du comité consultatif national de médecine transfusionnelle « <i>Recommandations sur l'utilisation des immunoglobulines intraveineuses</i> », version finale du 20 juin 2005 	Résolution du CA de l'établissement et protocole		

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	PARAMÈTRES OU PRÉCISIONS	DOCUMENT REQUIS	RÉSULTAT	COMMENTAIRES
<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place les activités pour assurer le déploiement ou le maintien du Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance (SIIATH- version 9.2). 	Bilan sur le déploiement ou le maintien du système, conformément aux précisions ci-contre	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place des cinq activités de maintien du logiciel SIIATH décrites à la fiche descriptive de l'indicateur et incluses dans le Cadre de gestion des ressources informationnelles du système du sang : <ul style="list-style-type: none"> - rédaction et mise en place d'un plan de relève minimal en cas de panne; - rédaction et mise en place d'une procédure pour le changement des cassettes servant aux copies de secours; - rédaction et mise en place d'une procédure pour assurer le soutien au premier niveau des incidents détectés; - application des exigences en matière de sécurité du bureau d'accueil; - mise à jour du système selon le calendrier prévu. 	Bilan des mesures mises en place	<p><i>réalisé</i></p> <p><i>réalisé</i></p> <p><i>réalisé</i></p> <p><i>réalisé</i></p> <p><i>réalisé et en cours</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre des mesures ci-contre (maximum 5) mises en place : 5 - Mise en place de Traceline dans les unités de médecine-chirurgie, les soins intensifs, l'urgence, la clinique externe et le bloc opératoire de l'Hôpital de LaSalle
<ul style="list-style-type: none"> S'assurer que l'unité d'urgence procède au triage des usagers avant leur inscription et que la réévaluation s'effectue selon les normes établies. 	Adoption ou maintien d'un mécanisme de triage avant inscription et réévaluation	<ul style="list-style-type: none"> Selon les normes établies 		<p><i>réalisé</i></p> <p><i>réalisé</i></p> <p><i>en cours</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Triage et réévaluation : Hôpital de Lachine - Triage à l'Hôpital de LaSalle - Réévaluation pour l'Hôpital de LaSalle (problématique de locaux)
<ul style="list-style-type: none"> Procéder, si ce n'est déjà fait, à l'informatisation de la gestion de l'urgence. 	Adoption d'un programme d'assurance de la qualité	<ul style="list-style-type: none"> Le programme doit respecter les normes et recommandations du fabricant et les lignes directrices du MSSS, le cas échéant. 	Résolution du CA de l'établissement et programme	<i>en cours</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Harmonisation des pratiques et procédures en cours - Collaboration à un comité de travail présidé par la DSISQP
<ul style="list-style-type: none"> Assurer la mise à jour et le suivi du plan de désengorgement des urgences. 	Dépôt du bilan des mesures implantées et des résultats		Bilan des mesures implantées et des résultats	<i>en cours</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Les comités des urgences font le suivi. - Début de l'utilisation des recommandations du guide de gestion de l'urgence (sept. 2006)
<ul style="list-style-type: none"> Contribuer à l'élaboration et à la mise en place du plan régional pour l'harmonisation de l'inscription et du suivi des listes d'attente et, éventuellement, des temps d'attente et de l'accès aux services chirurgicaux ciblés. 				<i>en cours</i>	<ul style="list-style-type: none"> - À venir, rehaussement du programme information OPERA et engagement de personnel supplémentaire affecté à ces tâches.
<ul style="list-style-type: none"> Collaborer à la réorganisation des services de biologie médicale. 					

AU PLAN DE LA GESTION

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	PARAMÈTRES OU PRÉCISIONS	DOCUMENT REQUIS	RÉSULTAT	COMMENTAIRES
ADMINISTRATION ET SOUTIEN AUX SERVICES					
<ul style="list-style-type: none"> Procéder à l'actualisation du plan de conservation et de fonctionnalités immobilières. 	Bilan des interventions réalisées du plan de conservation et de fonctionnalités immobilières	<ul style="list-style-type: none"> Conformément à la dernière circulaire du MSSS 	Bilan des interventions réalisées		
<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place un programme d'entretien préventif des systèmes de chauffage, ventilation et conditionnement d'air (CVCA) et un programme de surveillance des contaminants. 	Bilan des mesures mises en œuvre pour chacun des programmes	<ul style="list-style-type: none"> Programme d'entretien préventif des systèmes CVCA Programme de surveillance des contaminants 	Inventaire du système Programmes réalisés		- Les données seront prises sur GESTRED.
<ul style="list-style-type: none"> Mettre en application le Cadre global de gestion des actifs informationnels – Volet sécurité. <p>Pour ceux qui ne l'ont pas déjà fait</p>	Politique de sécurité Nombre de personnes formées sur la politique Bilan des 15 mesures prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> Conformément au document « <i>Priorisation des mesures de sécurité des actifs informationnels</i> », version finale du 6 décembre 2004 		<p><i>réalisé</i></p> <p><i>en cours</i></p> <p><i>en cours</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de personnes formées sur la politique : Programme formation élaborée, implantation en septembre Antivirus et sauvegarde terminés à 100 % Les mesures de sécurité logique en cours se terminent en décembre 2007. Mesures de sécurité physique : analyse et évaluation en 2007
Pour tous les établissements	Catégorisation des actifs Analyse de risque et impact Élaboration du plan directeur de sécurité Mise en place des mesures du plan directeur pour septembre 2007			<p><i>non amorcé</i></p> <p><i>non amorcé</i></p> <p><i>non amorcé</i></p> <p><i>non amorcé</i></p>	
<ul style="list-style-type: none"> Collaborer au déploiement de l'Index Patient Maître selon la planification régionale. 	Date d'implantation ou date prévue d'implantation	<ul style="list-style-type: none"> Conforme au plan national et régional de déploiement 		<i>non amorcé</i>	

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	PARAMÈTRES OU PRÉCISIONS	DOCUMENT REQUIS	RÉSULTAT	COMMENTAIRES
GESTION DES RESSOURCES HUMAINES					
<ul style="list-style-type: none"> Augmenter la couverture vaccinale contre la grippe des travailleurs de la santé (toute personne qui donne des soins ou qui travaille dans un établissement qui donne des soins de santé à des patients). 	Taux de couverture vaccinale contre la grippe des travailleurs de la santé de l'établissement (par installation)	<ul style="list-style-type: none"> Taux de couverture vaccinale visé en 2006-2007 : 50 % en CH et 60 % en CHSLD Objectif visé d'ici 2012 : 80 % 			<ul style="list-style-type: none"> Taux de couverture vaccinale (précisez l'installation): <ul style="list-style-type: none"> CH : Lachine 39 % et LaSalle 56 % CHSLD 1 : Dorval 50 % CLSC Dorval-Lachine 44 % CHSLD 2 : Lachine 58 % CHSLD 3 : Nazaire-Piché 61 %
<ul style="list-style-type: none"> Assurer la mise en œuvre de la négociation locale. 	Nombre d'ententes intervenues sur les 26 matières applicables à la négociation locale				<ul style="list-style-type: none"> L'Agence verra à recueillir l'information nécessaire au suivi de cette attente à l'interne. N.B. : La date butoir pour notre CSSS est le 1^{er} décembre 2007.

PRESTATION SÉCURITAIRE DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX					
<ul style="list-style-type: none"> Assurer la mise en œuvre de la Loi 83 (comité des usagers et des résidents, commissaire local aux plaintes et à la qualité, comité de vigilance). 	Instances mises en place dans les délais requis				<ul style="list-style-type: none"> L'Agence verra à recueillir l'information nécessaire au suivi de cette attente à l'interne.
<ul style="list-style-type: none"> Assurer, si ce n'est pas déjà fait, le suivi de la mise en œuvre de la Loi 71 sur la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux en mettant en place, dans chaque établissement, les mesures précisées aux paramètres de l'indicateur. 	Confirmation de la mise en œuvre des mesures prévues				<ul style="list-style-type: none"> L'Agence verra à recueillir l'information nécessaire au suivi de cette attente à l'interne.
Assurer la mise en place des lignes directrices en hygiène et salubrité dans le cadre des mesures reliées à la lutte aux infections nosocomiales.	Bilan des mesures mises en place Plan d'action sur la mise en place des autres mesures requises			<i>en cours</i> <i>en cours</i>	

ATTENTE ADMINISTRATIVE	INDICATEUR	PARAMÈTRES OU PRÉCISIONS	DOCUMENT REQUIS	RÉSULTAT	COMMENTAIRES
GESTION DES RESSOURCES HUMAINES					
<ul style="list-style-type: none"> Assurer un ratio de ressources infirmières dédiées à la prévention et au contrôle des infections nosocomiales conforme à la norme établie. 	<p>Ratio du nombre ETC infirmières en prévention des infections par nombre de lits de courte durée</p> <p>Ratio du nombre ETC infirmières en prévention des infections par nombre de lits de longue durée</p>	<ul style="list-style-type: none"> 1 ETP par 133 lits de soins généraux et spécialisés 1 ETP par 250 lits de soins de longue durée 			- Les données seront prises sur GESTRED.
<ul style="list-style-type: none"> Compléter la mise à jour du parc d'équipements (petits équipements de soins et équipements de salubrité) et effectuer les travaux nécessaires pour faciliter la prévention des infections nosocomiales selon le plan d'investissement convenu entre l'Agence et l'établissement, suite aux évaluations des besoins réalisées à l'automne 2004. 	Dépôt d'un plan d'action ou du rapport d'étape	<ul style="list-style-type: none"> Le document déposé doit inclure : <ul style="list-style-type: none"> le pourcentage de réalisation; les personnes responsables de la réalisation; l'échéancier. 	Plan d'action ou rapport d'étape		
<ul style="list-style-type: none"> Assurer la stérilisation des équipements médicaux selon les normes établies. 	Procédures et protocoles écrits à jour	<ul style="list-style-type: none"> Les procédures et les protocoles écrits doivent inclure : <ul style="list-style-type: none"> le contrôle de la qualité; la date de la dernière révision. 		<i>en cours</i>	<ul style="list-style-type: none"> État de situation des deux hôpitaux terminé Analyse des procédures des deux hôpitaux en cours Collaboration à un comité de travail présidé par la DSIQSP

4. LES ÉTATS FINANCIERS



ÉTAT DES RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2007

Activités principales

REVENUS

Agence de la santé et des services sociaux	138 318 488 \$
Usagers	15 055 795 \$
Ventes de services	745 243 \$
Recouvrements	543 952 \$
Autres sources	1 550 469 \$

TOTAL 156 213 947 \$

DÉPENSES

Salaires	77 789 165 \$
Avantages sociaux	20 391 907 \$
Charges sociales	11 117 542 \$
Médicaments	3 887 583 \$
Produits sanguins	684 919 \$
Fournitures médicales et chirurgicales	4 339 104 \$
Données alimentaires	2 733 031 \$
Autres	35 688 525 \$

TOTAL 156 631 776 \$

**EXCÉDENT DES CHARGES SUR LES REVENUS
DES ACTIVITÉS PRINCIPALES** **(417 829 \$)**

Activités accessoires

REVENUS

Financement public et parapublic	818 928 \$
Revenus commerciaux	1 361 105 \$
Revenus d'autres sources	62 469 \$

TOTAL 2 242 502 \$

DÉPENSES

Salaires	217 667 \$
Avantages sociaux	6 438 \$
Charges sociales	6 969 \$
Autres	1 593 599 \$

TOTAL 1 824 673 \$

**EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES
CHARGES DU FONDS D'EXPLOITATION** **417 829 \$**

Activités principales et accessoires

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

CHARGES BRUTES PAR SECTEUR D'ACTIVITÉS

C.I.S.C.

Soutien à domicile
Autres non exclusifs à un programme
Programme santé publique
Programme services généraux - activités cliniques et d'aide
Programme santé physique
Programme perte d'autonomie liée au vieillissement
Programme santé mentale
Programme jeunes en difficulté
Programme déficience physique
Programme déficience intellectuelle et TED
Administration et soutien aux services
Gestion des bâtiments et des équipements
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité ou stabilité d'emploi
Sous-total des charges brutes des centres d'activités

C.H.

Services non exclusifs à un programme
Programme services généraux -activités cliniques et d'aide
Programme santé physique
Programme perte d'autonomie liée au vieillissement
Programme santé mentale
Administration et soutien aux services
Gestion des bâtiments et des équipements
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité ou stabilité d'emploi
Sous-total des charges brutes des centres d'activités

C.H.S.L.D.

Non exclusifs à un programme
Programme santé physique
Programme perte d'autonomie liée au vieillissement
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité ou stabilité d'emploi
Administration et soutien aux services
Gestion des bâtiments et des équipements
Sous-total des charges brutes des centres d'activités

Charges non réparties

TOTAL DES CHARGES BRUTES DES CENTRES D'ACTIVITÉS

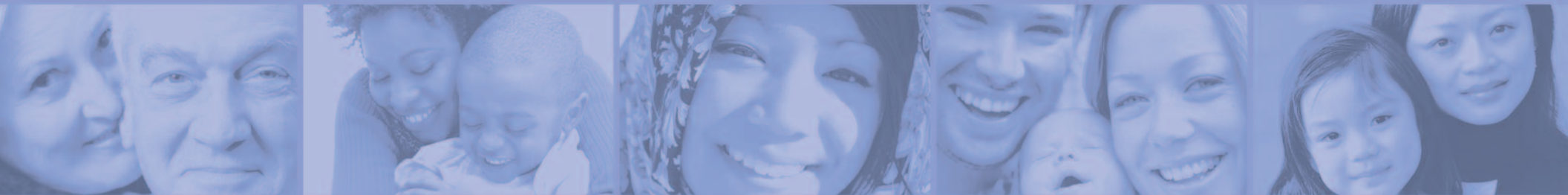
EXERCICE PRÉCÉDENT	EXERCICE COURANT
10 505 552 \$	11 552 326 \$
3 012 795 \$	3 046 714 \$
735 164 \$	1 211 021 \$
3 105 973 \$	3 838 848 \$
68 959 \$	32 828 \$
308 171 \$	264 768 \$
487 591 \$	565 291 \$
1 938 665 \$	1 685 741 \$
106 417 \$	124 029 \$
376 634 \$	577 454 \$
1 627 967 \$	3 151 475 \$
1 683 080 \$	1 885 486 \$
0 \$	194 198 \$
23 956 968 \$	28 130 179 \$
9 742 580 \$	10 205 707 \$
225 634 \$	458 523 \$
34 094 741 \$	33 413 927 \$
3 247 \$	7 183 \$
20 438 \$	23 567 \$
12 458 132 \$	14 668 998 \$
5 593 509 \$	5 438 256 \$
343 545 \$	173 176 \$
62 481 826 \$	64 389 337 \$
4 376 442 \$	4 513 339 \$
540 543 \$	858 170 \$
25 479 650 \$	28 154 276 \$
218 217 \$	194 196 \$
15 487 783 \$	13 345 410 \$
7 158 635 \$	6 654 062 \$
53 261 270 \$	53 719 453 \$
273 882 \$	10 392 807 \$
139 973 946 \$	156 631 776 \$

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

Bilan au 31 mars 2007

	Fonds d'exploitation	Fonds d'immobilisations	Autres fonds	TOTAL
ACTIF À COURT TERME				
Encaisse	7 254 477 \$	343 386 \$	261 402 \$	7 859 265 \$
Placements temporaires	100 000 \$	200 000 \$	0 \$	300 000 \$
Débiteur - Agence et MSSS	4 864 691 \$	1 532 979 \$	0 \$	6 397 670 \$
Débiteurs - autres	3 046 183 \$	278 611 \$	6 943 \$	3 331 737 \$
Charges payées d'avance	603 396 \$	0 \$	0 \$	603 396 \$
Stocks	2 497 876 \$	0 \$	0 \$	2 497 876 \$
Créances interétablissements	4 405 \$	0 \$	0 \$	4 405 \$
Créances interfonds	121 516 \$	0 \$	66 042 \$	0 \$ *
Autres éléments	22 643 \$	4 980 \$	0 \$	27 623 \$
Total de l'actif à court terme	18 515 187 \$	2 359 956 \$	334 387 \$	21 021 972 \$
IMMOBILISATIONS	0 \$	90 482 011 \$	101 865 \$	90 583 876 \$
AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIF				
Congés à traitement différé	698 566 \$	0 \$	0 \$	698 566 \$
TOTAL DE L'ACTIF	19 213 753 \$	92 841 967 \$	436 252 \$	112 304 414 \$
PASSIF À COURT TERME				
Découvert de banque	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Emprunts de banque	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Financement temporaire	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Créditeurs	19 098 129 \$	1 185 692 \$	1 672 \$	20 285 493 \$
Sommes confiées en fiducie	0 \$	0 \$	111 071 \$	111 071 \$
Dettes interfonds	0 \$	187 558 \$	0 \$	0 \$ *
Dettes interétablissements	878 360 \$	0 \$	0 \$	878 360 \$
Revenus reportés	3 557 864 \$	0 \$	0 \$	3 557 864 \$
Autres éléments	676 \$	0 \$	194 819 \$	195 495 \$
Total du passif à court terme	23 535 029 \$	1 373 250 \$	307 562 \$	25 028 283 \$
PASSIF À LONG TERME				
Autres éléments	0 \$	40 480 636 \$	0 \$	40 480 636 \$
AUTRES ÉLÉMENTS DU PASSIF				
Congés à traitement différé	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Autres éléments	137 927 \$	0 \$	0 \$	137 927 \$
TOTAL DU PASSIF	23 672 956 \$	41 853 886 \$	307 562 \$	65 834 404 \$
SOLDE DE FONDS	(4 459 203 \$)	50 988 081 \$	128 690 \$	46 657 568 \$
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	19 213 753 \$	92 841 967 \$	436 252 \$	112 304 414 \$

**5. LE RAPPORT DE LA COMMISSAIRE AUX
PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES**



Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Loi 83), le rapport synthèse portant sur l'application du règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers (025) du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle présente les activités reliées au respect des droits des usagers et au traitement diligent de leurs plaintes. Celles-ci découlent des fonctions dévolues par la loi au commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, aux médecins examinateurs et au comité de révision.

Ce rapport synthèse fait le point sur les sujets suivants :

- vue d'ensemble des dossiers de plaintes par installation;
- bilan des dossiers de plaintes;
- objet des plaintes selon leur niveau de traitement par la CLPQS;
- objet des plaintes selon leur niveau de traitement par les médecins examinateurs;
- promotion du respect des droits et application de la procédure d'examen des plaintes.

Vue d'ensemble des dossiers de plaintes par installation

Cette vue d'ensemble fait état du portrait global qui sera déposé à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre en matière d'examen et de traitement des plaintes pour chacune des installations du CSSS. Celles-ci se répartissent comme suit :

INSTALLATIONS	PL. CLPQS	PL. MÉDICALES	TOTAL
Centre d'hébergement Camille-Lefebvre	6	0	6
Centre d'hébergement de Dorval	0	0	0
Centre d'hébergement de Lachine	4	0	4
Centre d'hébergement de LaSalle	4	0	4
Longue durée – Hôpital de LaSalle	6	1	7
Centre d'hébergement Nazaire-Piché	2	1	3 (24)
CLSC de Dorval-Lachine	13	1	14
CLSC de LaSalle	15	0	15 (29)
Hôpital de Lachine	23	16	39
Hôpital de LaSalle	83	37	120 (159)
TOTAL DES PLAINTES	156	56	212

Les hôpitaux demeurent les installations qui reçoivent le plus grand nombre de plaintes et ces dernières sont multifactorielles (ex. : nombreuses visites à l'urgence, soins ambulatoires, hospitalisation, environnement inapproprié, pénurie de professionnels, etc.).

Bilan des dossiers de plaintes

	Plaintes en voie de traitement au début de l'exercice	Plaintes reçues durant l'exercice	TOTAL	Plaintes réglées durant l'exercice	Plaintes en voie de traitement à la fin de l'exercice	Dossiers transmis au deuxième palier
CLPQS	31	156	187	154	33	Protecteur du citoyen 3
MD EX.	26	20	46	44	2	Comité de révision 1
TOTAL	57	176	233	198	35	4

Durant l'exercice 2006-2007, la commissaire locale a aussi traité les assistances (61) et les interventions (19) et elle a répondu aux demandes de consultation (7), totalisant un nombre de 87 dossiers supplémentaires, non inclus dans les dossiers de plaintes de l'exercice. Le nombre total des dossiers ouverts de la commissaire locale est de 243.

À ce nombre s'ajoutent tous les dossiers de plaintes médicales (56) reçus par la commissaire locale et transmis aux médecins examinateurs pour traitement.

Le nombre total de dossiers ouverts pour l'année 2006-2007 par la commissaire a été de 299.

Objet des plaintes selon leur niveau de traitement par la commissaire locale

Catégorie d'objets	Rejetée après examen sommaire	Abandonnée	Traitement refusé/ interrompu	Traitement terminé sans mesures déterminées	Traitement terminé avec mesures déterminées	TOTAL
Accessibilité	0	0	0	17	31	48
Soins et services dispensés	0	3	0	10	45	58
Relations interpersonnelles	1	0	0	4	41	46
Organisation du milieu et ressources matérielles	1	0	0	2	26	29
Aspect financier	0	0	0	4	12	16
Droits particuliers	0	0	0	1	17	18
Autres objets de demande	0	0	0	0	0	0
TOTAL	2	3	0	38	172	215

Objet des plaintes selon leur niveau de traitement par les médecins examinateurs

Catégorie d'objets	Rejetée après examen sommaire	Abandonnée	Traitement refusé/ interrompu	Traitement terminé sans mesures déterminées	Traitement terminé avec mesures déterminées	TOTAL
Accessibilité	1	1	1	4	9	16
Soins et services dispensés	6	2	0	20	6	34
Relations interpersonnelles	3	0	1	5	2	11
Organisation du milieu et ressources matérielles	0	0	0	0	0	0
Aspect financier	0	0	0	1	0	1
Droits particuliers	2	0	0	0	2	4
Autres objets de demande	0	0	0	0	0	0
TOTAL	12	3	2	30	19	66

Soixante-huit pour cent (68 %) des plaintes ont été traitées avec application de mesures correctives ou de recommandations aux instances concernées. Celles-ci visent l'amélioration continue de la qualité des soins et des services. Toute insatisfaction exprimée est une occasion de soutenir les activités d'amélioration continue de la qualité.

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

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

- Nomination :
 - du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services pour le CSSS;
 - des médecins examinateurs pour le CSSS (3);
 - des membres du comité de révision (3).
- Mise à jour du règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers.
- Confection d'outils de promotion sur le respect des droits des usagers et sur la procédure d'examen des plaintes dans le CSSS.
- Rencontres d'information et de sensibilisation sur le règlement relié à la procédure d'examen des plaintes par le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services dans le CSSS (plus de 260 personnes rencontrées).
- Présentations à plusieurs groupes (aidants et autres) sur la promotion des droits des usagers et la procédure d'examen des plaintes.

Cette synthèse des plaintes et de la qualité des services est destinée à être incorporée au rapport annuel du CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle.



**6. LES CONSEILS ET COMITÉS
CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI**



LISTE ET MEMBRES DES SOUS-COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU CSSS DE DORVAL-LACHINE-LASALLE

Comité exécutif

- M^e Marie-Claude Jarry, présidente
- Mme Gertrude Pellerin
- M. Daniel Petit

Comité de révision

- Mme Isabelle Brault, présidente
- D^r Jean Lafleur
- D^r Jean-Guy Bonnier

Comité du règlement de régie interne

- M^e Marie-Claude Jarry
- M^e Alain Barrette

Comité de vérification

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

Comité de vigilance et de la qualité

- Mme Micheline Béland, présidente
- Mme Madeleine Audette
- Mme Micheline Rouleau

Comité de bioéthique et d'éthique de la recherche

- Mme Gertrude Pellerin
- D^r Patrick Godet
- Mme Micheline Rouleau

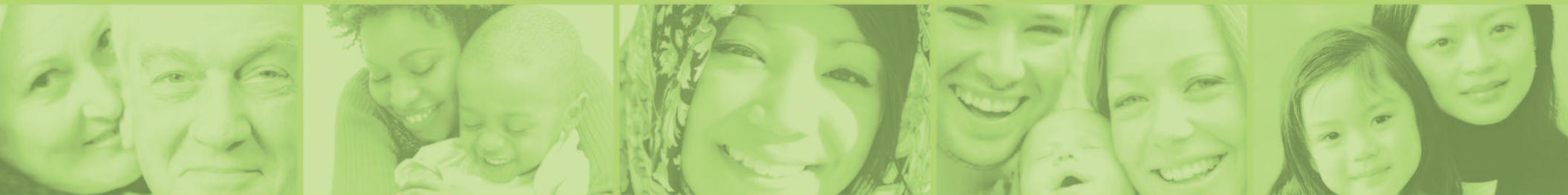
Comité des soins infirmiers, de la qualité et de la santé publique pour l'année 2006-2007

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

Conseil multidisciplinaire

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

**7. LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES
MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**



PRÉAMBULE

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

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

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

A. OBJECTIF GÉNÉRAL ET CHAMP D'APPLICATION

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

Notamment, il :

- traite des mesures de prévention, particulièrement des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- traite des devoirs et des obligations des administrateurs après qu'ils cessent leurs fonctions;
- prévoit des mécanismes d'application du Code.

2.- Tout administrateur de l'établissement est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la loi et le présent Code. En cas de divergence, les règles et les principes les plus stricts s'appliquent.

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

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

B. DÉFINITIONS

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

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

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

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

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

C. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR

L'ADMINISTRATEUR, DANS L'EXERCICE DE SES FONCTIONS :

• Agit dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie

À cette fin, l'administrateur :

- 4.- Est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- 5.- S'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés.
- 6.- S'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.
- 7.- S'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

• Agit avec soin, prudence, diligence et compétence

À cette fin, l'administrateur :

Disponibilité et participation active

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

Soin et compétence

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

Neutralité

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

Discrétion

- 11.- Fait généralement preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.
- 12.- Garde confidentiels les faits ou renseignements dont il prend connaissance et qui exigent, suivant la loi ou la décision du conseil d'administration, le respect de la confidentialité.

• Agit avec soin, prudence, diligence et compétence

À cette fin, l'administrateur :

Relations publiques

- 13.- Respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibés par la loi.
- 14.- Adopte une attitude de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.

• Agit avec honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

- 15.- Agit de bonne foi au mieux des intérêts de l'établissement et de la population desservie sans tenir compte des intérêts d'aucune autre personne ou entité ni d'aucun autre groupe.
- 16.- Lutte contre toute forme d'abus de pouvoir tels les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage de ses erreurs ou la tromperie de la population.

Conflits de devoirs ou d'intérêts

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

L'administrateur autre que le directeur général et les conflits d'intérêts

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

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

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

Le directeur général et les conflits d'intérêts

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

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

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

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

L'exclusivité de fonctions du directeur général

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

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

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

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

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

Il peut également occuper une charge publique élective.

Biens de l'établissement

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

Avantages ou bénéfices indus

- 24.- Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.
- 25.- Ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaire avec l'établissement, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice a pour objectif ou est susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

Notamment est considéré un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.
- 26.- Ne reçoit aucun traitement ou autre avantage pécuniaire à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminées par le gouvernement.
- 27.- Doit s'interdire, comme directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, d'accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Transparence

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

Interventions abusives

- 29.- S'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve du directeur général ou d'un cadre supérieur.
- 30.- S'abstient de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches.
- 31.- S'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme à but lucratif ou non et l'établissement.

L'ADMINISTRATEUR,
APRÈS LA FIN DE SON MANDAT :

• Agit avec prudence, discrétion, honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

- 32.- 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.
- 33.- 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 participe l'établissement pour lequel il a agi et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.
- 34.- Ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenu dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur.
- 35.- Évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et de toutes les personnes qui y œuvrent.

D. MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

Introduction d'une demande d'examen

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

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

Examen sommaire

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

Tenue de l'enquête

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

Information de l'administrateur concerné

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

Transmission du rapport au conseil

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

Décision

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

Sanctions

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

E. ENGAGEMENTS

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

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

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

A large, light blue decorative graphic consisting of intricate, swirling floral and vine patterns, positioned horizontally across the upper half of the page.

8. LA PRESTATION SÉCURITAIRE DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX



ANNEXE 3 À LA CIRCULAIRE 2006-014 (03.01.61.19)

**INFORMATIONS À FOURNIR CONCERNANT LA PRESTATION SÉCURITAIRE DE SERVICES
DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
(2002, c.71) ET L'APPLICATION DE LA LOI SUR LES SERVICES
DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (L.R.Q. c. S-4.2)**
Exercice concerné : 200 - 200

Identification de l'agence : _____

Numéro d'identification de l'établissement : _____
 Nom de l'établissement : CSSS de Dorval-Lachine-LaSalle
 Nom du répondant : LABRECQUE Prénom : FRANCINE
 Titre du répondant : Directrice des soins infirmiers, de la qualité et de la santé publique (DSIQSP)

1. Comité de gestion des risques et de la qualité

1.1 Adoption par le conseil d'administration du règlement instituant le comité : **en cours** Oui Non X

1.2 Date de la mise en place du comité (JJ/MM/AAAA): _____ 2007-12-08

1.3 Nombre de membres :

Fonction	Fonction
1.4 Membres : Directrice des soins infirmiers, de la qualité et de la santé publique	Représentant du Conseil multidisciplinaire
Gestionnaire de risques	Médecin désigné par le CMDP
Directeur général associé	Pharmacien désigné par le CMDP
Direction des services professionnels et multidisciplinaires	Représentant du comité des usagers
Directrice du programme Santé physique	Conseiller des mesures d'urgence
Directrice du programme PPALV	Conseiller en prévention des infections
Directrice du programme Multiclientèles	Coordonnatrice du processus d'agrément
Directeur des services techniques et des ressources matérielles	
Présidente du Conseil des infirmières et infirmiers	

1.5 Nombre de réunions tenues par le comité pour l'année budgétaire en cours :

1.6 Les problèmes que le comité priorisera l'an prochain : Erreurs de médicaments, les chutes, les événements sentinelles, les réclamations

1.7 Deux programmes de gestion des risques (implantation ou évaluation) qui seront appliqués l'an prochain : Divulgarion, déclaration des incidents-accidents dans toutes les installations et la protection des effets personnels et objets de valeur

ANNEXE 3 À LA CIRCULAIRE 2006-014 (03.01.61.19)

2. Divulgateion de tout accident

2.1 Adoption par le conseil d'administration du règlement sur les règles relatives :

<ul style="list-style-type: none"> - à la divulgation de toute l'information nécessaire lorsque survient un accident : 	Oui	Non	<input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> - aux mesures de soutien incluant les soins appropriés : 	Oui	Non	<input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> - aux mesures pour prévenir la récurrence d'un tel accident : 	Oui	Non	<input checked="" type="checkbox"/>

2.2 Si oui, date de mise en vigueur du règlement (JJ/MM/AAAA) : _____

2.3 Les règles de divulgation sont respectées :
 Jamais Quelques fois La plupart du temps Difficile à savoir

2.4 Une analyse pour évaluer les causes souches est effectuée lors d'un accident avec conséquences graves :
 Jamais Quelques fois La plupart du temps Difficile à savoir

2.5 Les solutions pour éviter la récurrence sont appliquées suite à une analyse approfondie :
 Jamais Quelques fois La plupart du temps Difficile à savoir

2.6 De la formation quant à la divulgation a été donnée aux personnes concernées de votre organisation pendant l'année en cours : Oui Non

3. Déclaration de tout incident et accident et constitution d'un registre local

3.1 Nombre d'incidents déclarés pour l'année budgétaire en cours : **Ne peut être défini à ce moment car non inscrit dans certains registres.** Hôpitaux seulement

3.2 Nombre d'incidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse :
 20 % X 40 % 60 % 80 % 100 %

3.3 Nombre d'incidents déclarés où des mesures ont été prises pour en prévenir la récurrence :
 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %

3.4 Nombre d'accidents déclarés pour l'année budgétaire en cours :

3.5 Nombre d'accidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse approfondie :
 20 % X 40 % 60 % 80 % 100 %

3.6 Nombre d'accidents déclarés où des mesures ont été prises pour en prévenir la récurrence :
 20 % 40 % 60 % X 80 % 100 %

3.7 Nombre d'accidents déclarés où il y a eu décès :

3.8 Durée moyenne de jours additionnels d'hospitalisation (prolongation) consécutifs aux

ANNEXE 3 À LA CIRCULAIRE 2006-014 (03.01.61.19)

accidents déclarés :

3.9 Mise en place d'un registre local des incidents et des accidents :
Chaque installation a un registre local Oui Non

3.10 Si oui, date de sa mise en place (JJ/MM/AAAA) : **Registre local unique** 2007-04-01

3.11 Nombre de rapports transmis à l'agence de développement sur les incidents ou accidents déclarés pour l'année budgétaire en cours : 0

4. Agrément des services dispensés

4.1 Sollicitation d'un organisme d'agrément : Oui Non

4.2 Si oui, nom de l'organisme sollicité : Conseil Canadien d'agrément des services de santé (CCASS)

4.3 Si non, nom de l'organisme qui sera sollicité : _____

4.4 Date à laquelle cet organisme sera sollicité (JJ/MM/AAAA) : _____

4.5 Agrément obtenu : **Pour les deux hôpitaux antérieurement 2005-2006** Oui Non

4.6 Si oui, type d'agrément obtenu : **Avec rapport**

4.7 Rapport(s) abrégé(s) d'agrément transmis : Oui Non

- au ministre :

X
- à l'agence :

X
- aux ordres professionnels concernés :

X

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

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

Hôpital de Lachine et Pavillon Camille-Lefebvre

650, 16e Avenue
Lachine H8S 3N5
Tél. : 637-2351
Télééc. : 637-5270

Hôpital de LaSalle

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

Centre d'hébergement de Dorval

25, avenue de la Présentation
Dorval H9S 3L7
Tél. : 631-2446
Télééc. : 631-0095

Centre d'hébergement de Lachine

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

Centre d'hébergement de LaSalle

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

Centre d'hébergement Nazaire-Piché

150, 15e Avenue
Lachine H8S 3L9
Tél. : 637-1780
Télééc. : 637-1224

CLSC de Dorval-Lachine

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

CLSC LaSalle

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