

Centre de santé et de services sociaux
du Lac-des-Deux-Montagnes

Rapport annuel de gestion 2005-2006

Toutes *v*oiles vers la santé



Centre de santé et de services sociaux
du Lac-des-Deux-Montagnes
Service des communications

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec, 2006

**Centre de santé et de services sociaux
du Lac-des-Deux-Montagnes**



Rapport annuel de gestion

Année financière 2005-2006

Le 28 juin 2006

Table des matières

Message de la directrice générale et du président du conseil d'administration.....	3
Déclaration de la directrice générale de l'établissement	5
Présentation de l'établissement	6
Notre mission	6
Structure organisationnelle au 31 mars 2006.....	7
Activités de l'établissement	8
La Direction générale adjointe.....	8
La Direction des services techniques.....	9
La Direction des ressources financières.....	10
La Direction des ressources humaines.....	11
La Direction des ressources informationnelles.....	12
La Direction des services professionnels.....	12
La Direction des soins infirmiers.....	14
La Direction du programme « Clientèles Famille et Santé mentale ».....	14
La Direction du programme « Clientèles spécifiques ».....	15
La Direction du programme « Clientèle ambulatoire ».....	16
La Direction du programme « Clientèle personne en perte d'autonomie ».....	17
Résultats des ententes de gestion 2005-2006.....	19
Fonds d'exploitation.....	22
Bilan au 31 mars 2006.....	23
Dépenses par secteur d'activités	24
Données statistiques	25
Conseils de l'établissement.....	27
Conseil d'administration.....	27
Conseil des infirmières et infirmiers.....	27
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.....	27
Conseil multidisciplinaire.....	27
Annexe I	
Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration.....	28
Annexe II	
Informations sur la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux et l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux...	36

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

Au cours de la dernière année, notre organisation a franchi de nombreuses étapes dans la consolidation de sa nouvelle structure et de son fonctionnement.

D'abord, nous sommes fièrement devenus le Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes. Cette nouvelle désignation a été adoptée par notre conseil d'administration suite à un concours que nous avons lancé dans la population et dans l'organisation.

De plus, les noms des quatre installations de notre établissement ont été déterminés en accord avec les normes du ministère de la Santé et des Services sociaux à cet effet soit :

- Centre d'hébergement de Saint-Benoît;
- Centre d'hébergement de Saint-Eustache;
- CLSC Jean-Olivier-Chénier; et
- Hôpital de Saint-Eustache.

La structure de l'organisation est maintenant complétée et dans l'ensemble, les postes d'encadrement de chaque direction ont été comblés avec les ressources humaines qui étaient en poste dans les établissements de santé et de services sociaux d'origine.

Le processus d'intégration se poursuit au quotidien dans toutes les activités de l'organisation car tout en créant ce nouvel établissement, nous avons su maintenir la qualité et l'accessibilité des services à la population. Au fil du temps, toutes les procédures et politiques seront mises à jour ou créées afin de mieux définir le cadre opérationnel de notre organisation.

Au cours des derniers mois, une grande synergie a été déployée dans le cadre d'une vaste consultation ayant mené à l'adoption de la mission, de la vision et des valeurs du Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes.

Par la suite, nous avons débuté la réflexion sur notre projet clinique qui vise à déterminer l'offre de services de santé et de services sociaux répondant aux besoins spécifiques de la population de notre territoire. Déjà, certains secteurs d'activités fonctionnent selon une approche intégrée et continue suite à la mise en œuvre du projet de réorganisation de la gestion de la clientèle de l'urgence qui porte ses fruits. En effet, nous pouvons désormais maintenir le nombre maximal de 23 civières à l'urgence et observons une diminution de l'hospitalisation grâce à des alternatives offertes sur une base ambulatoire.

Nous nous pencherons au cours de l'année sur cinq autres secteurs d'activités qui feront l'objet d'un projet clinique et donneront lieu à une réorganisation majeure de certains secteurs d'activités, pour une offre intégrée et continue des services à la population. Déjà, certains dossiers ont amené des ententes de services avec des partenaires locaux, notamment la Maison de soins palliatifs Le Phare de Saint-Eustache et la Commission scolaire de la Seigneurie-des-Mille-Îles pour l'offre de cours prénataux. Tous ces projets s'inscrivent dans le développement de notre réseau local de services, ce qui constituera un enjeu important pour notre organisation au cours de la prochaine année.

Nous ne pourrions passer sous silence la lutte constante aux infections nosocomiales (ou acquises à l'hôpital) qui a nécessité de multiples interventions au cours de la dernière année. Notre hôpital a déployé toutes les mesures de prévention qui s'imposent et démontre une vigilance soutenue à ce sujet. Entre autres, notre installation doit composer avec un obstacle majeur dans le travail de prévention des infections soit, la cohabitation des personnes hospitalisées, et ce, en raison de l'exiguïté de nos locaux.

À ce chapitre, nous devons mentionner que nous n'avons toujours pas obtenu l'autorisation de débiter le projet d'agrandissement de l'hôpital qui prévoit, rappelons-le, l'ajout d'un étage pour l'hospitalisation, de salles d'opération ainsi que le développement de services ambulatoires qui permettront de mieux servir notre population à plus d'un égard.

En attendant, nous maintenons une offre de services de qualité grâce, entre autres, à des investissements en haute technologie. En effet, le ministère de la Santé et des Services sociaux accordait en août 2005 pour l'Hôpital de Saint-Eustache une subvention de 1,1 million de dollars afin de lui permettre d'acquérir des équipements d'imagerie médicale et de monitoring en soins intensifs.

De plus, nous désirons souligner la collaboration essentielle de nos quatre fondations au maintien de l'offre et de la qualité des services. La Fondation Hôpital Saint-Eustache s'est démarquée tout particulièrement cette année par le lancement d'une campagne majeure de financement qui connaissait son dénouement tout récemment. L'objectif de 4 millions en 5 ans a été dépassé! Comment témoigner une reconnaissance à la hauteur d'une telle générosité à tous ces donateurs? Merci, et encore merci au nom de notre population! Nos sincères remerciements s'adressent également à tous ceux et celles qui contribuent et s'impliquent dans les activités de chacune de nos fondations pour le mieux-être de toute notre clientèle.

Enfin, nous tenons à dire combien nous sommes fiers de notre Centre de santé et de services sociaux! L'implication et le professionnalisme du personnel, des médecins, des cadres et des bénévoles se reflètent dans la satisfaction de la clientèle et nous les en remercions.

Pour conclure, soulignons la constance et la qualité de la participation des membres du conseil d'administration qui assurent la saine gestion de notre établissement. Leur confiance et leur dynamisme se communiquent dans toute l'organisation et nous les en remercions chaleureusement.

Le président du conseil d'administration,



Antonio Lavigne

La directrice générale,



Christiane Arbour, m.d., MBA

Déclaration de la directrice générale de l'établissement

Saint-Eustache, le mercredi 28 juin 2006

Madame,
Monsieur,

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité.

Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2005-2006 du Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes :

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

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2006.

La directrice générale,



Christiane Arbour, m.d., MBA

Présentation de l'établissement

Notre mission

Au Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes (CSSS), la définition de la santé s'appuie sur celle qui figure dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé :

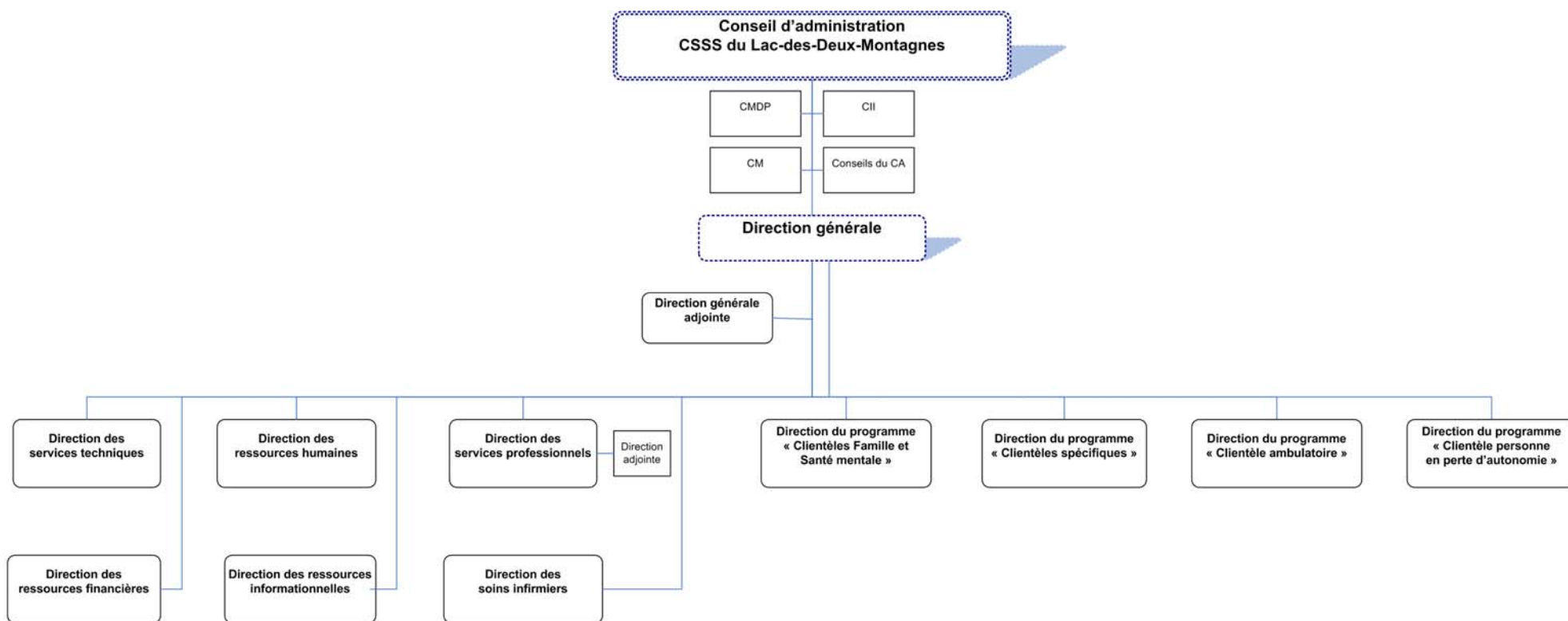
« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Le CSSS est responsable de maintenir et d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population de la MRC de Deux-Montagnes et celle du sud de Mirabel. De plus, en tant que partenaire, il fournit une gamme définie de services spécialisés à la population desservie par le Centre de santé et de services sociaux Thérèse-De Blainville.

Il assure à la population du territoire l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux, notamment à des services de promotion-prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation, de soutien et d'hébergement ainsi que l'accès à des services spécialisés et surspécialisés.

Il entend assumer, avec l'implication des intervenants et des partenaires, un leadership dans le développement et la coordination du réseau local de services où chacun assume une responsabilité partagée dans le déploiement d'une offre globale de services accessibles, intégrés et de qualité.

Structure organisationnelle au 31 mars 2006



Activités de l'établissement

Les principales modifications apportées et les résultats obtenus au cours de l'exercice 2005-2006 sont présentées pour chaque direction. Ainsi, nous pourrions y intégrer les éléments d'information concernant les ententes de gestion conclues avec l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides.

De même, les orientations stratégiques et priorités d'action pour 2006-2007 sont présentées par direction afin d'assurer une meilleure clarté des informations.

La Direction générale adjointe

La gestion de la qualité

L'analyse des interventions faites dans le cadre du Service de gestion de la qualité démontre, qu'en moyenne, sept interventions par dossier sont nécessaires pour rencontrer les objectifs fixés dans le cadre du traitement des plaintes et de l'assistance à la clientèle.

Dans le cadre de ses fonctions, l'équipe du Service de gestion de la qualité a traité :

- 20 demandes d'assistance de la part d'utilisateurs en situation de problème;
- 30 demandes d'intervention au niveau de diverses problématiques;
- 31 plaintes médicales; et
- 127 plaintes organisationnelles.

De plus, au cours de l'année, 2 analyses systémiques ont été effectuées soit:

- le suivi de la clientèle à l'urgence de l'Hôpital de Saint-Eustache;
- la facturation de la clientèle hospitalisée à l'Hôpital de Saint-Eustache.

Ces analyses ont permis d'émettre des recommandations afin d'améliorer la qualité des services et de réduire les risques pour la clientèle se présentant dans chacun des services.

Un nouveau règlement de traitement des plaintes a été adopté et mis en vigueur en cours d'année. De même, un nouveau règlement sur la gestion des risques et de la qualité a été adopté et nous en avons débuté l'application. De plus, de nombreuses interventions auprès des cadres et des intervenants ont été faites afin de soutenir l'organisation pour la recherche d'une meilleure qualité des services.

Pour l'année 2006-2007, le retrait du rôle de commissaire local aux plaintes et à la qualité modifiera l'organisation du service. Cette modification entraînera une révision du fonctionnement. L'accent sera mis sur la gestion des risques et la révision des processus organisationnels ainsi que sur la mise en œuvre du plan de l'amélioration continue de la qualité et de la satisfaction de la clientèle. Un processus d'analyse et de suivi des incidents, des accidents, des alertes médicales et des infections nosocomiales sera développé en cours d'année. Les démarches inhérentes à l'agrément de notre établissement se poursuivront. De plus, la fonction conseil-qualité sera développée afin d'encourager son utilisation au sein de l'organisation.

Le Service des communications

En cours d'année, un nouveau plan d'organisation a permis de structurer les communications externes et internes du Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes.

Le Service des communications a collaboré à divers mandats de relations publiques que ce soit avec les partenaires dans le cadre des projets cliniques, dans le cadre des relations avec les médias et en soutien à la direction générale. Un journal interne bimensuel a été lancé et le Service des communications a été sollicité dans de nombreux projets du CSSS.

Pour l'année en cours, un plan de communications sera élaboré et actualisé. Le Service poursuivra les divers volets d'identification visuelle à l'externe et à l'interne et aura à supporter les différents programmes dans l'élaboration d'outils de communication nécessaires à leur bon fonctionnement. Un soutien sera également offert au personnel d'encadrement du CSSS afin d'améliorer l'information de l'ensemble du personnel.

Liens avec les partenaires

Les organisateurs communautaires et la direction générale adjointe ont participé activement à divers comités et conseils d'administration. Cette implication a entraîné la concertation et le développement de ressources répondant aux besoins de la population dans la communauté. Dans le cadre du lancement de la démarche du projet clinique, la collaboration des partenaires a aussi été sollicitée quant à la mise sur pied des équipes de travail et des programmes clientèles choisis comme projets cliniques au CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes.

Pour l'année 2006-2007, un plan d'action pour la mise en œuvre des recommandations des différentes équipes de travail des projets cliniques devra être adopté et actualisé. Le réseau local de services de santé et de services sociaux devra être mis sur pied afin de supporter la concertation de tous les partenaires, et ce, dans le but de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population du territoire en accord avec leurs besoins spécifiques.

La Direction des services techniques

Au cours de l'exercice 2005-2006, la Direction des services techniques (DST) s'est modifiée considérablement avec l'ajout de nouveaux services sous sa responsabilité. En sus du Service de la gestion des bâtiments et de la sécurité, les activités d'alimentation, de la salubrité, de la buanderie et de la lingerie sont désormais regroupées au sein de la DST. Dans le cadre d'une gestion dite « multisite », les chefs de service ont acquis la connaissance des installations et de leur fonctionnement nécessaire à leur autonomie afin de maximiser la gestion des ressources; la structure des activités d'alimentation en est un exemple.

Parmi les principales activités réalisées, le regroupement administratif des nouvelles directions a entraîné le déménagement de plus de 80 personnes. La réalisation de divers projets de maintien d'actifs et de rénovations fonctionnelles a tenu notre direction fort occupée. La lutte aux infections nosocomiales nous a également beaucoup sollicité et nous avons procédé à une révision des méthodes de travail en salubrité.

Nous avons également travaillé sur divers dossiers portant sur l'efficacité énergétique. Enfin, le plan des mesures d'urgence a été revalidé pour certaines installations du CSSS.

Pour l'année 2006-2007, nous avons déjà sur nos planches à dessin, le projet d'agrandissement de plus de 40 millions de dollars, ainsi que de nombreux projets en maintien d'actifs et en rénovations fonctionnelles qui devraient recevoir l'autorisation ministérielle très prochainement. De plus, plusieurs dossiers ayant comme point en

commun la qualité ont été identifiés comme priorités de réalisation pour l'année qui s'amorce. Sans s'y limiter mentionnons : la mise en application des plans d'urgence, la mise en place d'un système de contrôle de la qualité dans le secteur de la salubrité et la satisfaction de la clientèle en centre d'hébergement pour les activités d'alimentation. Tous ces projets auront comme fil conducteur l'amélioration du service à la clientèle qui, rappelons-le, présente des besoins diversifiés dans nos quatre installations.

La Direction des ressources financières

En 2005-2006, la Direction des ressources financières a procédé à la fusion des systèmes administratifs afin d'outiller les équipes de travail de programmes informatiques compatibles et performants. Les services des ressources financières et des approvisionnements ont bénéficié de ce regroupement de systèmes.

Enfin, nous avons créé une charte comptable unifiée permettant ainsi à tous les services du CSSS d'être identifiés et comptabilisés selon les critères établis par le MSSS.

Budget et ententes de gestion

En 2005-2006, l'Agence de santé et de services sociaux des Laurentides a implanté un nouvel outil de suivi des activités, soit un cahier de charges intégré à une entente de gestion. Ce dossier, piloté par la Direction des ressources financières, a permis de suivre tout au cours de l'année, certains indicateurs afin de rencontrer les prévisions de prestations de services garantis lors de la signature de l'entente.

Nos prévisions budgétaires préliminaires 2005-2006 ont été déposées au conseil d'administration en juin 2005, respectant les limites de 4,2 millions de dollars (M\$) discutées avec l'Agence (cible déficitaire autorisée de 3,6 M\$ + écart à la cible toléré de 0,6 M\$) associées à un plan de retour à l'équilibre budgétaire sur les trois prochaines années.

Les résultats financiers 2005-2006 pour le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes respectent la cible déficitaire maximale de 3,6 M\$ signifiée par le MSSS, qui après négociations avec l'Agence de développement des Laurentides, avait été portée à 4,2 M\$ avec des dépenses de plus de 106,3 M\$.

Les ententes de gestion sont réparties dans plusieurs programmes services et soutien. Les résultats des ententes sont présentés dans les tableaux des pages 19 à 21. Le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes a rempli son mandat dans la plupart des indicateurs programmes services. Il y a quelques exceptions qui sont dues soit à une surévaluation des services en 2005-2006 ou à la difficulté de mise en marche de nouveaux services. Lors de l'entente 2006-2007, les cibles seront sensiblement les mêmes et au niveau des attentes complémentaires, le CSSS s'engage à atteindre l'équilibre budgétaire.

Les principales difficultés se situent au niveau des indicateurs suivants :

- nombre usagers individuels CAT (centre d'arrêt tabagique) - difficulté de mise en marche du programme;
- nombre d'usagers rencontrés au Service psychosocial courant - surévaluation des services;
- nombre d'interventions au Service psychosocial courant - surévaluation des services;
- nombre d'interventions auprès des jeunes en difficulté - difficulté de mise en marche des services;
- nombre d'usagers de plus de 18 ans suivis en santé mentale - difficulté de mise en marche des services.

En ce qui concerne les programmes soutien, seul l'indicateur des ressources humaines concernant le ratio d'heures en assurance-salaire n'a pas été respecté. L'établissement vit une problématique en regard de son absentéisme et tous les efforts sont mis en place pour améliorer la situation.

Le Service des approvisionnements

Le Service des approvisionnements a dû réviser les méthodes de travail et instaurer une nouvelle gestion de tous les magasins situés dans les différentes installations du CSSS. La venue de nouveaux systèmes administratifs a également permis d'instaurer un suivi rigoureux de la gestion des stocks d'inventaire et des achats directs.

Outre les achats de services et de fournitures, le Service des approvisionnements a collaboré à l'acquisition des équipements (médicaux spécialisés, mobilier et autres équipements) pour près de 1,5 million \$ pour soutenir le travail de nos équipes avec un support de la Fondation Hôpital Saint-Eustache de l'ordre de 600 000 \$.

La Direction des ressources humaines

Au 31 mars 2006, le Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes comptaient 2 295 employés. Au cours de l'année 2005-2006, la Direction des ressources humaines (DRH) a supporté la direction du CSSS dans les processus de nomination du personnel d'encadrement et par la suite, a soutenu le personnel d'encadrement dans la mise en place de leur plan d'organisation, le tout dans le respect des règles existantes en relations de travail.

C'est dans un esprit de mobilisation que le personnel de la DRH a procédé à l'analyse des différents processus et différentes pratiques de travail de toutes les installations en vue d'en arriver à une harmonisation.

Nous avons également procédé à la fusion des systèmes administratifs au cours de cette année afin de rendre fonctionnels nos modes de travail en un seul système de gestion. De même, un plan d'action a été mis en œuvre concernant la fusion des activités de la liste de disponibilités et ce, dans un souci d'harmoniser nos pratiques.

De plus, nous avons débuté nos activités dans le cadre de la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives locales dans le secteur public et parapublic.

Un sondage sur le climat organisationnel effectué auprès de l'ensemble de notre personnel et des médecins, nous amènera à élaborer un plan d'action au cours de l'année prochaine.

De plus, avec le support d'un consultant externe, la DRH est chargée d'un projet visant à doter l'organisation d'une vision commune et de moyens appropriés pour gérer de façon proactive les changements vécus au sein de notre établissement. Ce projet permettra notamment aux gestionnaires d'obtenir les outils et le soutien requis pour réaliser ces changements. Un plan d'action sera mis en œuvre au cours de la prochaine année. La gestion de la présence au travail fera également l'objet d'une attention particulière dans le cadre des attentes complémentaires de l'entente de gestion 2006-2007.

La Direction des ressources informationnelles

La Direction des ressources informationnelles (DRI) a été nouvellement créée avec l'avènement du Centre de santé et de services sociaux. La finalité de notre direction étant d'assurer une circulation fluide de l'information, nous avons d'abord déterminé les moyens à mettre de l'avant pour y parvenir. La DRI entend jouer son rôle de soutien à l'accessibilité, à la qualité et à la continuité des soins principalement grâce à l'apport des technologies et à l'interopérabilité entre les systèmes.

Afin de soutenir le CSSS dans la mise en place du réseau local de services, la DRI devra exercer un rôle conseil auprès des directions du CSSS ainsi que des partenaires du réseau local de services. De plus, la DRI a le mandat de déployer les systèmes d'information administratif et clinique. La sécurité et l'intégrité des données constituent une de nos plus importantes responsabilités. En outre, nous devons aussi assurer le bon fonctionnement de l'infrastructure technologique et apporter un support technique en informatique, en téléphonie, en génie biomédical ainsi qu'en audiovisuel. Au cours de la dernière année, en étroite collaboration avec le Service des archives, la DRI a procédé au déploiement dans les trois autres installations de notre CSSS ainsi que dans 5 cabinets privés, du dossier patient électronique qui existait à l'hôpital.

En 2006-2007, parmi nos priorités d'action, nous voulons déployer avec le soutien du Service de biologie médicale, l'accès aux résultats de laboratoire dans toutes les installations de notre CSSS ainsi que dans les cabinets privés. D'autres projets régionaux d'accès à l'information clinique sont prévus tels la pharmacie, Med-Echo, l'index-patient maître et l'archivage à long terme.

Dans le cadre des attentes complémentaires de l'entente de gestion 2006-2007, nous développerons une politique de sécurité des actifs informationnels et appliquerons les mesures prioritaires de la gestion des actifs informationnels du réseau de la santé et des services sociaux.

La Direction des services professionnels

Les responsabilités de la Direction des services professionnels se sont transformées pendant l'année en cours, et ce, en conformité avec les orientations du nouveau plan d'organisation du Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes.

Au cours de la dernière année, le **Service des archives** s'est appliqué à offrir une réponse dans les délais prescrits et a travaillé sur le déploiement du dossier patient électronique. Une nouvelle classification a été adoptée et nous avons débuté l'intégration des archives de l'hôpital et du CLSC. Cette année, nous poursuivrons le déploiement du DPE dans les cabinets privés et procéderons à l'implantation de l'index-patient maître.

Le **Service de biologie médicale** a procédé à l'acquisition d'un appareil permettant d'automatiser les analyses d'urine. Notre hôpital est le premier au Canada à utiliser cette technologie. Nous avons également acquis un appareil qui permet d'effectuer le dépistage des infections ERV et SARM par la méthode PCR. Au cours de 2006-2007, nous prévoyons réviser l'offre de services pour les prélèvements et remplacer les technologistes du Centre de prélèvements par des infirmières auxiliaires. L'implantation de nouveaux systèmes en biologie médicale est également prévue. Les délais d'attente ont été réduits pour le **Service d'électrophysiologie**. Quant au **Service d'inhalothérapie**,

il a été sollicité dans le cadre du lancement du Centre d'enseignement sur l'asthme et a procédé à une révision de son offre de services. Pour la prochaine année, nous désirons obtenir l'accréditation comme centre de formation pour les étudiants de 3^{ième} année en inhalothérapie.

À l'instar de plusieurs autres services, l'imagerie médicale a été impliquée dans le projet de réorganisation de la clientèle. Parmi les activités réalisées cette année, mentionnons la mise en fonction d'un nouvel appareil d'échographie et l'offre de stages de 3^{ième} année en techniques de radiodiagnostic. En 2006-2007, le **Service d'imagerie médicale** procédera au remplacement de la salle 4 de graphie et mettra de l'avant un plan d'action pour la réduction des listes d'attente en échographie et en mammographie. Le projet d'une 5^{ième} salle d'échographie dotée d'un appareil haut de gamme est également à finaliser. De plus, le dossier de la médecine nucléaire fera l'objet d'une mise à jour.

Le **Service de nutrition clinique** s'est penché sur l'intégration de ses professionnels dans les programmes clientèles en 2005-2006. Le nombre de suivi du programme de diabète en centre de jour a connu une nette amélioration grâce à la mise en œuvre d'une réorganisation en cours de groupe.

Le **Service de la pharmacie** a procédé à une réorganisation du travail afin de réduire les impacts de la pénurie de pharmaciens sur les activités de distribution et maintenir l'implication des pharmaciens dans les activités cliniques. Pour la prochaine année, un réaménagement des espaces physiques est prévu afin d'améliorer l'ergonomie et favoriser l'efficacité du personnel. De plus, le Service révisera la pratique et appliquera les politiques et procédures de distribution, d'entreposage et de prescription de médicaments.

Les **Services de réadaptation et de service social** ont investi beaucoup d'énergie à la préparation de l'intégration des professionnels dans les divers programmes clientèles en 2005-2006. Le Service social a collaboré au projet « hébergement » qui a mené au plan de réorganisation de la clientèle. Divers projets ou comités tels celui des soins palliatifs et de l'organisation d'activités communautaires pour les personnes de 55 ans et plus, ont demandé la participation active du Service social. En 2006-2007, le Service social poursuivra la rédaction d'un cahier de politiques et procédures et s'activera à harmoniser la pratique hospitalière aux nouvelles réalités du CSSS. Pour les secteurs de l'ergothérapie et de la physiothérapie, les réalisations de l'année dernière et les priorités d'action pour l'année en cours portent principalement sur la révision de protocoles, de guides et de formulaires d'évaluation. En orthophonie, nous avons développé des liens avec d'autres établissements afin d'améliorer le suivi de la clientèle. Nous avons travaillé en interdisciplinarité avec le Service d'imagerie médicale pour réactiver les examens « gorgées barytées modifiées » ou GBM. De plus, l'orthophonie a développé une collaboration interdisciplinaire avec l'équipe médicale de l'Hôpital, ce qui se poursuivra au cours de la prochaine année. Par l'arrivée d'une ressource permanente en audiologie, la prochaine année permettra le développement du service.

En ce qui concerne les activités de **Coordination de la gestion de l'épisode de soins et de l'admission**, notons qu'une réorganisation du service d'admission a été amorcée en 2005-2006 et se poursuivra au cours de la présente année. La création d'un plan de désengorgement de l'urgence en collaboration avec le chef du Service de l'urgence est également prévue. Enfin, nous désirons procéder à une réorganisation du travail et à la révision du rôle de l'infirmière de liaison.

La Direction des soins infirmiers

Le rôle de la Direction des soins infirmiers (DSI) s'est profondément transformé dans le cadre de fonctionnement du Centre de santé et de services sociaux. En effet, en raison de la structure de gestion par programme du CSSS, la DSI exerce dorénavant un rôle conseil plutôt qu'un rôle de supervision directe. De nouvelles activités se sont greffées à la DSI, notamment celles touchant les maladies à déclaration obligatoire, la vaccination contre l'influenza, le bénévolat, la pastorale ainsi que la coordination des activités de soins infirmiers en centre d'hébergement. De plus, la DSI assume maintenant la coordination du plan d'action local en santé publique.

Au cours de l'année 2006-2007, notre direction entend élaborer un processus systématique d'évaluation de la qualité des soins. Nous veillerons également à poursuivre l'application de la « Loi 90 » modifiant le Code des professions et du protocole clinique sur les mesures de contention. Nous nous pencherons également sur la révision et la mise en œuvre du plan d'action et du processus d'amélioration continu en prévention et contrôle des infections.

Enfin, nous veillerons à l'implantation et à la mise en œuvre du programme de santé publique 0-5-30 dans l'ensemble des installations de notre Centre de santé et de services sociaux.

Parmi les résultats obtenus au cours de l'exercice 2005-2006, nous sommes fiers de mentionner que la vaccination contre l'influenza a connu une augmentation de l'ordre de 44 % avec 7341 personnes vaccinées comparativement à 5447 l'année précédente. De plus, le nombre de vaccins administrés contre la pneumonie a doublé. Nous croyons que ces augmentations substantielles peuvent être attribuées d'une part, à la crainte de la population face à la pandémie de grippe et d'autre part, au fait que nous avons considérablement amélioré l'accessibilité de la clinique de vaccination en l'offrant dans le centre commercial de Saint-Eustache.

Quant à la prévention et au contrôle des infections, plusieurs mesures ont été entreprises à l'Hôpital de Saint-Eustache pour améliorer les taux d'infections nosocomiales (acquises à l'hôpital) et contrer une éclosion d'ERV qui s'était développée en juillet 2005. La révision de l'utilisation du matériel, des procédures d'entretien ménager et des moyens de communication interservices, sont des exemples d'actions ayant permis une régression des taux vers les moyennes provinciales.

À titre de responsable du suivi du Plan d'action local en santé publique, les attentes complémentaires pour 2006-2007 viseront des activités de dépistage et de prévention telles que : enquêtes épidémiologiques, échange de seringues, prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), alcoolisme et autres activités auprès des familles défavorisées.

La Direction du programme « Clientèles Famille et Santé mentale »

La clientèle Famille

En ce qui concerne les services de 1^{ère} ligne, l'année 2005-2006 a vu le transfert des services locaux d'Info-santé vers le palier régional de même que le transfert des cours prénataux vers un partenaire local, soit la Commission scolaire de la Seigneurie-des-Mille-Iles.

En petite enfance, la priorité dans l'offre de services a été accordée aux clientèles vulnérables. La collaboration avec les organismes communautaires liés à la clientèle petite enfance (Centre Marie-Ève, Carrefour Péri-Naissance et le Centre d'entraide Racine-Lavoie) a été très fructueuse. En cours d'année, nous avons augmenté le nombre de cliniques de vaccination pour répondre à une demande accrue.

Pour la clientèle jeunesse, une fonction de liaison permettant un meilleur arrimage des services avec l'ensemble des partenaires a été mise en place. La clinique de planning est maintenant intégrée à notre direction et nous avons initié des collaborations intéressantes avec la clinique des jeunes.

En ce qui a trait aux services de 2^{ième} ligne, nous comptons 1432 naissances dont 23 % par césarienne, soit une augmentation de 5 % en 2 ans. Le taux d'occupation à l'unité des naissances a été de 90,1% alors qu'il avait été estimé à 82% au budget. De plus, 2810 clientes ont été vues en externe, ce qui représente une augmentation de 702 patientes.

En mai 2006, l'Hôpital de Saint-Eustache soulignait son 2^e anniversaire comme « Ami des bébés ». Plusieurs présentations ont été faites à travers la province à des équipes qui s'inspirent de la démarche de notre milieu pour implanter dans leur établissement, cette accréditation reconnue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Unicef.

Le taux d'occupation en pédiatrie a été de 83,6% alors que la cible était de 85%. Ce léger écart s'explique par le fait qu'il n'y a pas eu d'éclosion d'influenza l'hiver dernier.

La clientèle Santé mentale

La principale réalisation 2005-2006 a été de créer le continuum de services en santé mentale en regroupant, sous une même responsabilité, tous les services offerts, tant pour le volet jeunesse que pour le volet adulte. À noter qu'il a fallu, pour ce faire, créer le volet santé mentale jeunesse 1^{ère} ligne qui n'existait pas.

Il est reconnu que les services de santé mentale sont les moins bien pourvus de tout le réseau et le nouveau plan d'action ministériel documente bien la question. Dans ce contexte, le Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes a réussi à rencontrer le nombre de clients prévu pour 2005-2006 sans toutefois atteindre l'intensité des services psychosociaux ciblée.

Cette performance est à souligner compte tenu de tous les changements connus en cours d'année et de la mobilité du personnel que tout cela a entraîné. Un gain appréciable a été réalisé par la mise en place d'un chantier sous-régional *Bassin sud* pour assurer le continuum de services spécialisés.

Quant aux enjeux 2006-2007, ils seront étroitement liés à la réalisation du plan d'action du projet clinique en santé mentale.

La Direction du programme « Clientèles spécifiques »

La mise en place de cette nouvelle direction a été particulièrement exigeante car maintes activités hospitalières et ambulatoires ont été regroupées au sein de la Direction du programme « Clientèles spécifiques » (DPCS). Théâtre de nombreux changements, la

DPCS a concentré ses énergies à mobiliser ses ressources humaines afin de préserver un esprit d'équipe. De plus, elle a amorcé l'intégration des diverses professions dans un mode de gestion par programme.

La participation de la DPCS au projet de réorganisation de gestion de la clientèle a amené de nombreuses interventions dans ses services pour permettre une meilleure continuité des soins et services. Entre autres, les espaces occupés par la médecine de jour ont été réaménagés pour augmenter le nombre de civières et de fauteuils pour offrir les soins. De plus, un centre d'enseignement sur l'asthme a été mis en place et les processus en médecine ambulatoire ont été harmonisés dans l'ensemble du CSSS. Précisons également que les pratiques cliniques et les processus ont été adaptés à la nouvelle réalité des infections nosocomiales avec laquelle les unités de soins et les cliniques ambulatoires ont été confrontées.

Parmi les divers projets, un programme d'activités « Allez, hop on marche ! » et un projet pilote sur les mesures de contention ont été mis sur pied. Des travaux visant à optimiser les services à la clientèle en soins palliatifs ont également été enclenchés. Le programme « santé au travail » a poursuivi ses interventions dans diverses entreprises de la région. L'année qui vient amènera le développement d'une démarche d'assurance-qualité en hygiène du travail.

Pour l'année 2006-2007, la DPCS vise à actualiser le projet clinique portant sur les maladies respiratoires. Elle entend également poursuivre l'intégration des professionnels dans les divers services et développer l'approche et le travail en interdisciplinarité.

Au niveau des services offerts en médecine de jour, la DPCS procédera à une réévaluation des critères d'utilisation des divers programmes afin d'optimiser les ressources. De plus, une attention particulière sera portée à la gestion financière ainsi qu'à la gestion des risques.

De plus, au niveau des attentes complémentaires de l'entente de gestion 2006-2007, nous veillerons à formaliser une entente de services avec la Maison de soins palliatifs.

La Direction du programme « Clientèle ambulatoire »

Les activités du programme « Clientèle ambulatoire » (DPCA) ont débuté à l'automne 2005. La structure organisationnelle de la DPCA a nécessité de nombreux changements et une réorganisation importante de certains secteurs d'activités.

L'urgence a connu une stabilisation des visites par rapport à l'année précédente. Depuis maintenant 2 ans, le taux de clientèle couchée sur civière est stable à 34 %. L'arrivée d'infirmières pivots dans le Service de l'urgence a permis de rencontrer les objectifs du plan de réorganisation de la gestion de la clientèle. Nous poursuivons l'objectif d'atteindre une durée moyenne de séjour (DMS) globale de 12,5 h telle que fixée par les ententes de gestion. Pour les séjours de plus de 48 heures, nous avons respecté les objectifs avec un taux de 1,7 % en 2005-2006. Un plan d'action a été mis de l'avant pour optimiser la qualité du triage et la prise en charge de la salle d'attente. Le comité d'évaluation de la traumatologie a poursuivi l'étude systématique des dossiers de la clientèle polytraumatisée afin d'améliorer leur prise en charge.

Pour le Service des soins intensifs, l'implantation de nouveaux moniteurs physiologiques a permis d'accroître l'efficacité des services de base et d'offrir un plus grand éventail d'interventions. Une nouvelle procédure de libération des lits a été mise en place afin d'améliorer l'accessibilité rapide aux soins intensifs selon la recommandation du groupe conseil ministériel en traumatologie.

Le nombre d'interventions chirurgicales a diminué quelque peu en 2005-2006 et le bloc opératoire a été touché par une grave pénurie de personnel. Toutefois, un recrutement intensif a permis l'embauche de nouvelles ressources en soins infirmiers bien que le taux de roulement élevé de ce secteur d'activités se maintienne à l'instar de beaucoup d'autres hôpitaux. L'année s'est démarquée par le développement de nouvelles techniques chirurgicales et l'achat de nouveaux équipements. Pour sa part, le Service d'endoscopie a connu une augmentation de plus de 20 % du nombre d'examen cette année et nous avons amélioré notre plateau technique grâce à l'acquisition de colonoscopes et de gastroscopes. De plus, les orthopédistes se sont joints à l'équipe et nous avons connu une augmentation de l'accessibilité aux chirurgies mineures.

Une attention particulière a été apportée à la désinfection des appareils en concertation avec l'équipe de prévention des infections et de la centrale de stérilisation avec la collaboration du Service de la salubrité.

En ce qui concerne les activités de chirurgie, notons que le développement de la clinique de préadmission a été au premier plan cette année. Toutes les clientèles chirurgicales sont désormais rencontrées à la clinique de préadmission et des outils d'information ont été développés pour les nouvelles clientèles. L'achat d'équipement spécialisé pour les clientèles urologiques et gynécologiques a permis d'éviter l'utilisation de techniques invasives et d'améliorer ainsi la qualité des soins offerts. Des équipements et du matériel spécialisés ont également été acquis pour la clientèle orthopédique. Plusieurs projets sont actuellement en cours pour intégrer de nouvelles clientèles en chirurgie d'un jour.

Pour l'année 2006-2007, entre autres, la DPCA se consacrera à la mise sur pied du projet clinique en traumatologie. De plus, un projet d'aménagement d'une 5^{ième} salle d'opération au bloc opératoire est déjà enclenché. Ce projet inclut l'ajout de 6 lits à l'unité de chirurgie et la mise en place de 3 lits de soins intermédiaires.

De plus, des travaux sont déjà en cours à l'urgence pour l'utilisation d'une 2^{ième} salle de triage afin de permettre la réévaluation des patients de la salle d'attente. L'implantation de l'ETG (Échelle canadienne de triage et de gravité) afin de se conformer aux normes du CCNU (Centre de coordination nationale des urgences) est également prévue.

La Direction du programme » Clientèle personne en perte d'autonomie »

Le nouveau plan d'organisation de la Direction du programme « Clientèle personne en perte d'autonomie » est entré en force en janvier 2006. Parmi les diverses réalisations, nous avons participé activement au projet de réorganisation de la clientèle.

La première phase du programme de prévention des chutes pour les aînés vivant à domicile a été implantée dans la communauté. La Table du 3^{ième} âge, de concert avec des jeunes de 4^{ième} et 5^{ième} secondaire, ont réalisé un projet intergénérationnel, une pièce de théâtre, qui a connu un grand succès.

Le nouveau protocole sur l'utilisation des mesures de contention a permis aux intervenants de questionner la pertinence des contentions pour l'ensemble des résidents et de trouver des alternatives sécuritaires. Les résidents pourront ainsi bénéficier d'une meilleure qualité de vie tout en favorisant leur autonomie individuelle.

Le Centre de jour de l'installation Centre d'hébergement de Saint-Eustache a été choisi comme site pilote pour expérimenter une nouvelle version du logiciel SICHELD pour la gestion des dossiers des patients. Les dernières recommandations du comité de notre établissement ont été accueillies favorablement et le logiciel sera implanté dans tout le Québec en 2006-2007.

Les orientations et priorités d'action pour l'année 2006-2007 toucheront divers aspects de nos activités. L'accent sera mis sur les services de 1^{ière} ligne et le processus de réorganisation du soutien à domicile sera mis en œuvre. Nous prévoyons développer une équipe de consultation gériatrique en externe et procéder à une réorganisation des ressources intermédiaires. De plus, nous désirons déployer l'approche milieu de vie en hébergement. Le projet clinique portant sur la clientèle en perte d'autonomie retiendra également notre attention cette année.

Résultats des ententes de gestion 2005-2006

Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes

		ENGAGEMENT 2005-2006	RÉEL 2005-2006	ÉCART	ENGAGEMENT 2006-2007
SANTÉ PUBLIQUE					
1.1.2	Nombre de fumeurs qui ont reçu des services d'un CAT	202	163	-39	202
	Nombre de fumeurs qui ont reçu des services d'un CAT(groupe)				25
1.1.3	Taux de participation dépistage du cancer du sein		46%		52%
1.1.7	Nombre d'activités de dépistage des ITSS hors les murs				75
1.1.9	Nombre de vaccinations réalisées hors les murs SIDEPA				10
1.1.10	Taux de traçabilité des produits sanguins	100%	100%	0%	100%
1.10.1	Portion de femmes ayant accouché dans l'année rejointes par les services intégrés en périnatalité	nouveau	nouveau	nouveau	69
SERVICES GÉNÉRAUX-ACTIVITÉS CLINIQUE ET D'AIDE					
1.2.2	Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux	1200	997	-203	1000
1.2.3	Nombre moyen d'interventions par usagers réalisés dans le cadre des services psychosociaux	2,8	2,72	-0,08	2,8
PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT					
1.3.1	Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile (CLSC)	1555	1617	62	1655
1.3.2	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	19	20,8	1,8	20
1.3.3	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et assistance dans les CHSLD	2,97	2,97	0	2,97
1.3.4	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,15	0,19	0,04	0,19
DÉFICIENCE PHYSIQUE					
1.4.1	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile (CLSC)	317	350	33	355
1.4.2	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes ayant une déficience physique	15	18,59	3,59	18
1.4.3	Nombre de personnes ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocations	64	56	-8	64

Résultats des ententes de gestion 2005-2006 (suite)

		ENGAGEMENT 2005-2006	RÉEL 2005-2006	ÉCART	ENGAGEMENT 2006-2007
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED					
1.5.1	Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle recevant des services de soutien à domicile (CLSC)	181	142	-39	149
1.5.2	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes ayant une déficience intellectuelle	6,13	8,57	2,44	8,56
1.5.3	Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocations	106	100	-6	106
1.5.4	Nombre de personnes ayant un TED recevant des services de soutien à domicile (CLSC)	69	71	2	71
1.5.5	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes ayant un TED	2,95	4,04	1,09	4,6
1.5.6	Nombre de personnes ayant un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocations	60	58	-2	60
JEUNES EN DIFFICULTÉS					
1.6.1	Nombre d'usagers rejoints en CSSS mission CLSC	1225	1214	-11	1212
1.6.2	Nombre moyen d'interventions par usagers	7,24	6,51	-0,73	6,7
SANTÉ MENTALE					
1.8.1	Nombre d'usagers (moins de 18 ans) souffrant de troubles mentaux ayant bénéficié de services de première ligne (CLSC)	132	105	-27	132
1.8.2	Nombre d'usagers (plus de 18 ans) souffrant de troubles mentaux ayant bénéficié de services de première ligne (CLSC)	518	541	23	541
1.8.3	Nombre d'usagers de moins de 18 ans dont le délai d'accès aux services de 2ième ligne en santé mentale est de plus de 60 jours	nouveau	nouveau	nouveau	35
1.8.4	Nombre d'usagers de plus de 18 ans dont le délai d'accès aux services de 2ième ligne en santé mentale est de plus de 60 jours	nouveau	nouveau	nouveau	0
1.8.5	Nombre moyen d'usagers (plus de 18 ans) ayant reçu des services de soutien dans la communauté	9	12,66	3,66	12,3
1.8.7	Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes en santé mentale	nouveau	nouveau	nouveau	15 h
1.8.8	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour des problèmes en santé mentale	nouveau	nouveau	nouveau	3,70%

Résultats des ententes de gestion 2005-2006 (suite)

	ENGAGEMENT 2005-2006	RÉEL 2005-2006	ÉCART	ENGAGEMENT 2006-2007	
SANTÉ PHYSIQUE					
1.9.1	Séjour moyen sur civière -Urgence(heures)	13	12,84	-0,16	12,5
1.9.2	Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et + -Urgence	15,3	16,52	1,22	15
1.9.3	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	2%	1,77%	-0,0023	1,50%
1.9.4	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière pour les personnes de 75 ans et plus	3%	3,63%	0,0063	2%
1.9.5	Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	214	223	9	228
1.9.6	Nombre moyen d'interventions par usagers en soins palliatifs à domicile	15	13,61	-1,39	13,61
1.9.11	Nombre de chirurgies réalisées pour le remplacement total de la hanche	48	86	38	50
1.9.12	Nombre de chirurgies réalisées pour le remplacement total du genou	83	69	-14	55
1.9.14	Nombre de chirurgies d'un jour réalisées	2264	2365	101	2213
1.9.15	Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées excluant les PTH et PTG	2366	3043	677	3043
1.9.16	Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie de la hanche	nouveau	nouveau	nouveau	0
1.9.17	Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie du genou	nouveau	nouveau	nouveau	0
MAIN D'OEUVRE					
	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées		6,37%		6%
ATTEINDRE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE DANS LE RESPECT DES RÈGLES					
	Résultat d'exploitation de l'établissement	-4190749	-4157578	33171	-3650778

Les données financières et opérationnelles présentées dans ce document sont extraites du rapport financier annuel (AS471) de l'établissement auquel le rapport des vérificateurs est annexé. Ces états financiers sont disponibles à la Direction générale.

AMYOT GÉLINAS SENC

Fonds d'exploitation

Revenus	CSSS	
	2005-2006	2004-2005
	dollars \$	dollars \$
Agence des Laurentides	93 018 184	85 395 772
Autres établissements	-	-
Usagers	7 000 129	6 657 060
Ventes de services	567 786	658 634
Recouvrements	763 991	554 655
Autres	430 604	585 075
	101 780 694	93 851 196

Dépenses	2005-2006	2004-2005
	dollars \$	dollars \$
Salaires et avantages sociaux	66 132 121	64 176 582
Charges sociales	7 932 269	7 678 120
Médicaments	3 046 876	3 039 937
Produits sanguins	2 455 233	-
Fournitures médicales et chirurgicales	4 623 898	4 206 725
Denrées alimentaires	1 290 994	1 202 593
Autres	20 917 348	20 543 779
	106 398 739	100 847 736
<i>Excédent des charges sur les revenus d'activités principales</i>	<i>(4 618 045)</i>	<i>(6 996 540)</i>
<i>Excédent des revenus sur les charges d'activités accessoires</i>	<i>460 467</i>	<i>461 750</i>
<i>Excédent des charges sur les revenus du fonds d'exploitation</i>	<i>(4 157 578)</i>	<i>(6 534 790)</i>

Bilan au 31 mars 2006

CSSS		
Actif		
À court terme	2005-2006	2004-2005
	\$	\$
Encaisse	390 576	-
Comptes à recevoir:		
- Agence et MSSS	689 431	721 007
- Autres	1 684 294	1 537 220
Charges payées d'avance	792 749	712 507
Stocks	2 084 434	2 024 834
Fonds d'immobilisations	-	-
Créances interfonds	-	-
Autres éléments	6 286	141
	5 647 770	4 995 709
Autres éléments d'actif	2005-2006	2004-2005
	\$	\$
Autres éléments d'actif	931 675	879 564
	931 675	879 564
Total de l'actif	6 579 445	5 875 273

Passif		
À court terme	2005-2006	2004-2005
	\$	\$
Découvert bancaire	-	1 253 099
Emprunts	29 700 000	23 033 910
Créditeurs - Agence et MSSS	-	-
Autres créditeurs	8 787 763	8 802 491
Dettes Interfonds:		
- Fonds d'immobilisations	119 848	507 733
Revenus reportés:		
- Agence	132 415	194 737
- Autres	-	36 499
Autres éléments:	4 782	
	38 744 808	33 828 469
Autres éléments	2005-2006	2004-2005
	\$	\$
Autres éléments du passif	88 693	52 138
Total du passif	38 833 501	33 880 607
Solde de fonds	(32 254 056)	(28 005 334)
Total du passif et du solde de fonds	6 579 445	5 875 273

Dépenses par secteur d'activités

Secteur d'activités	\$	Pourcentage
Mission CLSC		
Soutien à domicile	5 376 184	5,1%
Autres (info-santé, orthophonie, gestion programmes)	1 017 073	1,0%
Programme santé publique	1 931 803	1,8%
Programme santé physique	557 606	0,5%
Programme santé mentale	1 160 868	1,1%
Programme enfance, jeunesse, famille	1 249 627	1,2%
Programme déficience physique	61 932	0,1%
Programme déficience intellectuelle et TED	189 184	0,2%
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité	124 279	0,1%
Administration et soutien aux services	1 689 438	1,6%
Gestion des bâtiments et des équipements	316 719	0,3%
Mission CH		
Soins infirmiers et d'assistance	17 505 141	16,6%
Ressources intermédiaires et autres ressources	126 533	0,1%
Services ambulatoires	6 750 114	6,4%
Santé publique	3 923	0,0%
Services diagnostiques et thérapeutiques	28 773 231	27,2%
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité	268 423	0,3%
Administration et soutien aux services	13 313 146	12,6%
Gestion des bâtiments et des équipements	4 642 519	4,4%
Mission CHSLD		
Soins infirmiers et d'assistance - usagers hébergés	8 436 304	8,0%
Ressources intermédiaires et autres ressources	3 871 843	3,7%
Services diagnostiques et thérapeutiques	1 976 470	1,9%
Administration et soutien aux services	3 966 280	3,8%
Gestion des bâtiments et des équipements	2 405 989	2,3%
Total des charges	105 714 629	
brutes des centres d'activités		
(excluant les charges non réparties et les transferts de frais généraux aux activités accessoires)		

Données statistiques

Admissions				
	2005-2006	2004-2005	Variation	Variation %
Jours-présence courte durée	72 183	74 543	(2 360)	-3%
Jours-présence longue durée	97 271	97 231	40	0%
Admissions				
<i>Courte durée</i>	10 802	11 026	(224)	-2%
<i>Longue durée</i>	193	199	(6)	-3%
<i>Jours rétribués</i>	14 861	13 707	1 154	8%
<i>Soins-natalité (mère seule)</i>	1 901	1 421	480	34%
Total admissions	27 757	26 353	1 404	5%

Soins d'un jour				
	2005-2006	2004-2005	Variation	Variation %
Nombre d'usagers par secteur				
<i>Chirurgie d'un jour</i>	2 701	3 041	(340)	-11%
<i>Médecine de jour</i>	14 140	12 245	1 895	15%
Total des soins d'un jour	16 841	15 286	1 555	10%

Soins ambulatoires				
	2005-2006	2004-2005	Variation	Variation %
Nombre de visites				
<i>Consultations externes</i>	70 020	67 166	2 854	4%
<i>Urgence</i>	53 021	53 104	(83)	0%
Total des soins ambulatoires	123 041	120 270	2 771	2%

Bloc opératoire et endoscopie				
	2005-2006	2004-2005	Variation	Variation %
Nombre d'usagers				
<i>Bloc opératoire - usagers</i>	5 563	7 733	(2 170)	-28%
<i>Endoscopie - examens</i>	7 872	5 141	2 731	53%
Total bloc op. et endoscopie	13 435	12 874	561	4%

(1) excluant le transfert de la chirurgie mineure

Autres services dispensés à la mission CH				
	2005-2006	2004-2005	Variation	Variation %
<i>Alimentation (repas) CSSS</i>	742 477	687 501	54 976	8%
<i>Services sociaux (usagers)</i>	3 059	2 487	572	23%
<i>Électrophysiologie (unité tech. prov.)</i>	490 896	467 500	23 396	5%
<i>Imagerie médicale (unité tech. prov.)</i>	1 892 915	1 942 540	(49 625)	-3%
<i>Inhalothérapie (unité tech. prov.)</i>	1 986 606	1 990 963	(4 357)	0%
<i>Audiologie (heures prestation serv.)</i>	527	515	12	2%
<i>Ergothérapie (heures prestation serv.)</i>	7 561	8 027	(466)	-6%
<i>Orthophonie (heures prestation serv.)</i>	793	533	260	49%
<i>Physiothérapie (heures prestation serv.)</i>	16 186	16 121	65	0%
<i>Laboratoires (procédures pondérées)</i>	10 787 321	9 942 649	844 672	8%

Données statistiques (suite)

Autres services dispensés à la mission CLSC				
	2005-2006	2004-2005	Variation	Variation
<i>Soins infirmiers à domicile (usagers)</i>	2 580	2 404	176	7%
<i>Inhalothérapie (usagers)</i>	479	435	44	10%
<i>Santé parentale & infantile (usagers)</i>	3 778	3 415	363	11%
<i>Aide à domicile (usagers)</i>	535	447	88	20%
<i>Santé dentaire (usagers)</i>	578	710	(132)	-19%
<i>Serv.psychosoc.domicile (usagers)</i>	633	618	15	2%
<i>Serv.psychosoc.autres (usagers)</i>	924	878	46	5%
<i>Prévention protection santé pub. (usagers)</i>	9 734	6 553	3 181	49%
<i>Services milieu scolaire (usagers)</i>	6 506	4 917	1 589	32%
<i>Santé mentale (usagers)</i>	1 093	631	462	73%
<i>Ergothérapie-physiothérapie dom (usagers)</i>	694	681	13	2%
<i>Serv. Éducation familiale sociale (usagers)</i>	560	348	212	61%

Autres services dispensés à la mission CHSLD				
	2005-2006	2004-2005	Variation	Variation
<i>Physiothérapie (jour-traitement)</i>	4 925	5 018	(93)	-2%
<i>Ergothérapie (jour-traitement)</i>	1 887	1 926	(39)	-2%
<i>Animation-loisirs (participation)</i>	31 780	33 683	(1 903)	-6%
<i>Centre de jour (présence)</i>	6 986	7 098	(112)	-2%

Conseils de l'établissement

Conseil d'administration

M. Antonio Lavigne, président
Mme Madeleine Leduc, vice-présidente
Dre Christiane Arbour, secrétaire
M. Stéphane Proulx
M. Mario Daigle
Mme Nathalie Paquette
Mme Lucie Le François
M. André Legault
M. Martin Gagnon
Dr René Fouad Ackad
Dre Sanda Kaufman
Mme Carole Côté
Mme Josianne Ouellette
M. Donald Tremblay
M. David Williams
Mme Yvonne Richard

Conseil des infirmières et infirmiers

Mme Manon Diné, présidente
Mme Nadia Perron, vice-présidente
Mme Mélisa Lallier, agente de communication
Mme Thérèse Lessard, trésorière
Mme Danielle Migneault, secrétaire
Mme Marie-Claude Tremblay, vice-présidente du CIIA
Dre Christiane Arbour, directrice générale
Mme Louise Châteauvert, directrice de soins infirmiers

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Dr Paul André Hudon, président
Dr René Ackad
Dr Mario D'Annunzio
Dr Marjory Nicole
Dr Benoît Guertin
Dr Roger Paquet
Mme Liane Rouillier
Dr Michel Trudeau
Dre Christiane Arbour, directrice générale
Dr Pierre Poitras, directeur des services professionnels

Conseil multidisciplinaire

Madame Annie Généreux, présidente
Madame Diane Girard, vice-présidente
Madame Marie Bergeron, secrétaire
Madame Suzanne Desjardins
Madame Nathalie Jutras
Madame Yvonne Richard
Dre Christiane Arbour, directrice générale
Madame Joanne Béland, directrice adjointe des services professionnels

Annexe I

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

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

Adopté le 15 février 2005

1. Objectif général et champ d'application

La Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., chapitre M-30, a. 3.04) oblige les membres des conseils d'administration des agences de développement et de l'établissement public visés par la LSSS (chapitre S-4.2) à établir un Code d'éthique et de déontologie, lequel porte sur les devoirs et obligations des membres.

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

- Traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- Traite de l'identification de situation de conflits d'intérêts;
- Traite des devoirs et obligations des administrateurs après qu'ils cessent leurs fonctions;
- Prévoit des mécanismes d'application du Code.

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

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

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

2. Définitions

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

2.1 « Administrateur » désigne un membre du conseil d'administration de l'établissement, qu'il soit élu, nommé ou coopté;

2.2 « 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 fonction, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;

2.3 « 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.

- 2.4 « Entreprise » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production, la réalisation, l'administration ou l'aliénation de biens, de la prestation 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;
- 2.5 « Établissement » désigne le Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes.

3. Devoirs et obligations de l'administrateur pendant son mandat

Dans l'exercice de ses fonctions, l'administrateur doit remplir les devoirs et obligations suivantes.

3.1 Agir dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie

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

3.2 Agir avec soin, prudence, diligence et compétence

➤ Disponibilité et participation active

Il se rend disponible pour remplir ses fonctions et prend une part active aux décisions du conseil d'administration.

➤ Soin et compétence

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

➤ Neutralité

Il 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

Il 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.

Il 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.

Relations publiques

- Il respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibé par la loi.
- Il s'efforce, dans les meilleurs délais, de toujours donner au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir; s'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le service approprié de l'établissement.
- Il adopte une attitude de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.
- Le président et le directeur général sont les porte-parole du CSSS. Ils peuvent, selon le cas, faire des déclarations publiques. Aucun autre membre du conseil ne pourra faire de déclarations publiques au nom du CSSS sans en avoir reçu le mandat.

3.3 Agir avec honnêteté et loyauté

- Il 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, groupe ou entité.
- Il évite et dénonce 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.

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

- L'administrateur autre que le directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, dénonce par écrit (Annexe I) 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'établissement.
- 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

- Le directeur général ne peut, 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, legs 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.

- Le directeur général doit, 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 et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination. (Annexe II)

- Le directeur général doit, 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 il a des intérêts pécuniaires. (Annexe II)

Biens de l'établissement

L'administrateur 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 pour tout administrateur

- L'administrateur se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions d'administrateur, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui.
- Il 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 est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

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

- Il ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à l'exception du remboursement des dépenses faites et des frais engagés dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement.

Transparence

L'administrateur 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

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

4. Devoirs et obligations de l'administrateur après la fin de son mandat

À la fin de ses fonctions, l'administrateur doit remplir les devoirs et obligations suivantes.

4.1 Agir avec prudence, discrétion, honnêteté et loyauté

- L'administrateur 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.
- Il évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'établissement pour lesquels il a agi, est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.
- Il s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, de solliciter un emploi auprès de l'établissement.
- Il ne fait aucunement usage de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur.
- Il évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

5. Composition et fonctionnement du comité d'éthique et de déontologie

Comité d'éthique et de déontologie

Les membres du conseil d'administration doivent nommer un comité du Code d'éthique et de déontologie formé de trois (3) membres du conseil d'administration et élire deux (2) membres substitués. Ce comité devra choisir son président.

Sans en être membre, le directeur général peut assister, à des fins consultatives, aux réunions du comité d'éthique et de déontologie.

Ce comité a comme mandat de faire enquête sur réception d'allégations d'irrégularités par un administrateur au présent Code; toutefois, si un des membres

du Comité est visé par des allégations d'irrégularités, il ne participe à aucune des étapes de l'enquête, ni par le fait même à sa conclusion.

Introduction d'une demande

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

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

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

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

Transmission du rapport au conseil

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

L'administrateur concerné doit être avisé par écrit, au moins cinq (5) jours à l'avance, que la question de la possibilité d'intenter un recours en déchéance de charge contre lui sera étudiée par le conseil d'administration à telle date. Il peut alors demander de se faire entendre avant que la décision ne soit prise; toutefois il ne peut participer aux délibérations ni à la décision des administrateurs.

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

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.

6. Engagements

Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu à l'Annexe III 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 (membres et substituts) doit produire, dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction, l'engagement contenu à l'Annexe IV du présent Code.

Enfin, de tels engagements doivent être produits à nouveau s'il y a renouvellement de mandat, dans les soixante (60) jours de chaque nouvelle entrée en fonction.

7. Publicité du Code

Le Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes doit rendre accessible un exemplaire du Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration à toute personne qui en fait la demande.

Le Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes publie sommairement dans son rapport annuel, le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration.

Le rapport annuel du Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes doit faire état :

- du nombre et de la nature des signalements reçus;
- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
- des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchuées de charge.

8. Règles d'assemblée

L'administrateur s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des réunions; à ce titre, il reconnaît l'autorité du président dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.

L'administrateur doit respecter les droits et privilèges des autres administrateurs.

L'administrateur doit respecter l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera l'huis clos pour ce faire.

L'administrateur, dans le cadre d'une assemblée, évite d'afficher sa position par des signes extérieurs, il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

L'administrateur a le droit de faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal; par cette inscription, le membre annonce qu'il se réserve la possibilité d'intervenir publiquement sur une décision prise.

Annexe II

***Informations sur la prestation sécuritaire de services de santé
et de services sociaux et l'application de
la Loi sur les services de santé et les services sociaux***

**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 : 2005 - 2006**

Identification de l'agence de développement : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux des Laurentides

Numéro d'identification de l'établissement : _____
 Nom de l'établissement : Centre de services de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes
 Nom du répondant : Flynn Prénom : Louise
 Titre du répondant : Directrice générale adjointe

1. Comité de gestion des risques et de la qualité

1.1 Adoption par le conseil d'administration du règlement instituant le comité : Oui Non

1.2 Date de la mise en place du comité (JJ/MM/AAAA): Février 2006

1.3 Nombre de membres :

	Fonction	Fonction
1.4 Membres :	<u>Louise Flynn</u>	<u>Gestionnaire de risques</u>
	<u>Vacant</u>	<u>Une pers. désignée par le comité des usagers de l'établissement</u>
	<u>Josianne Ouellette</u>	<u>Une pers. membre du CA</u>
	<u>Dr Leyla Korany</u>	<u>Une pers. désignée par le CMDP</u>
	<u>Johanne Bélanger</u>	<u>Une pers. désignée par le CII</u>
	<u>Diane Girard</u>	<u>Une pers. désignée par le CM</u>
	<u>Suzanne Clavet</u>	<u>Une pers. désignée par et parmi les personnes qui en vertu d'un contrat dispensent pour le compte de l'établissement des services aux usagers de ce dernier</u>
	<u>Josée Morse</u>	<u>Un représentant de la DSI</u>
	<u>Élise Dehem</u>	<u>Un représentant de la DSP</u>
	<u>Réjean Bardier et Diane Courchesne</u>	<u>Commissaire local adjoint aux plaintes et à la qualité</u>
	_____	_____
	_____	_____

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 : Formation des intervenants
Divulgence de l'information
Registre local

1.7 Deux programmes de gestion des risques (implantation ou évaluation) qui seront appliqués l'an prochain : Erreurs de médicaments
Alertes médicales

2. Divulgence de tout accident

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

- à la divulgation de toute l'information nécessaire lorsque survient un accident :
- aux mesures de soutien incluant les soins appropriés :
- aux mesures pour prévenir la récurrence d'un tel accident :

Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	} En cours
Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	
Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input 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	Ponctuellement	Non	<input type="checkbox"/>
-----	----------------	-----	--------------------------

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 :

3.2 Nombre d'incidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse :

20 % 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 % 40 % 60 % 80 % 100 %

3.6 Nombre d'accidents déclarés où des mesures ont été prises pour en prévenir la récurrence :

20 % 40 % 60 % 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 accidents déclarés :

3.9 Mise en place d'un registre local des incidents et des accidents : Oui Provi-
soire Non

3.10 Si oui, date de sa mise en place (JJ/MM/AAAA) : Janvier – février 2006

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

4. Agrément des services dispensés

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

4.2 Si oui, nom de l'organisme sollicité : CCASS visite prévue octobre 2008

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 : Oui Non

4.6 Si oui, type d'agrément obtenu : _____

4.7 Rapport(s) abrégé(s) d'agrément transmis :	Oui	Non
- au ministre :	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- à l'agence de développement :	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
- aux ordres professionnels concernés :	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>