

Rapport annuel de gestion



2009-2010

**Rédaction et coordination
en collaboration avec les directions
Bernard Guindon
Jacqueline Le Poidevin**

**Révision des textes
Mise en page
Carine Charbonneau**

**LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION
est publié par le Service des communications
du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes**

**Nous remercions tous nos gestionnaires
ainsi que toutes les personnes qui ont rendu
cette publication possible**

**Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
2010**



Table des matières

PAGES

MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	5
MESSAGE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL	7
DÉCLARATION DU DIRECTEUR GÉNÉRAL	9
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	10
NOTRE MISSION	10
<i>Nos valeurs</i>	<i>10</i>
<i>Nos ressources humaines</i>	<i>11</i>
<i>Le conseil d'administration</i>	<i>11</i>
<i>Code d'éthique et de déontologie des administrateurs</i>	<i>11</i>
LA STRUCTURE ORGANISATIONNELLE DU CSSS AU 31 MARS 2010	12
<i>Les membres du comité de direction</i>	<i>13</i>
<i>Nos installations</i>	<i>13</i>
FAITS SAILLANTS 2009-2010	14
<i>La gestion des risques et le programme d'amélioration continue de la qualité</i>	<i>14</i>
<i>Le Plan local de lutte contre une pandémie d'influenza</i>	<i>15</i>
LA DIRECTION DE LA CLIENTÈLE EN SANTÉ PHYSIQUE	16
<i>De meilleurs soins</i>	<i>16</i>
<i>Une plus grande accessibilité</i>	<i>17</i>
<i>Une amélioration du milieu de travail</i>	<i>17</i>
LA DIRECTION DE LA CLIENTÈLE PREMIÈRE LIGNE ET SANTÉ MENTALE	19
<i>De meilleurs services</i>	<i>19</i>
<i>Plus de services</i>	<i>20</i>
<i>Une plus grande accessibilité</i>	<i>20</i>
LA DIRECTION DE LA CLIENTÈLE EN PERTE D'AUTONOMIE	23
<i>De meilleurs soins et services</i>	<i>23</i>
<i>En collaboration avec le milieu</i>	<i>25</i>
LA DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS	27
LA DIRECTION DES SERVICES DIAGNOSTIQUES ET MULTIDISCIPLINAIRES	29
LA DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS	31
LA DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES	33
LA DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES	35
<i>Projets majeurs de construction</i>	<i>35</i>
<i>Projets majeurs à l'étude</i>	<i>36</i>
<i>Partenariat dans la communauté</i>	<i>36</i>
<i>Analyse de besoins</i>	<i>37</i>
<i>Plan de mesures d'urgence</i>	<i>37</i>
<i>Entente de gestion</i>	<i>37</i>
LA DIRECTION DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES ET DU GÉNIE BIOMÉDICAL	38

LE SERVICE D'ANIMATION SPIRITUELLE	39
L'ORGANISATION COMMUNAUTAIRE	40
NOS BÉNÉVOLES	42
SOMMAIRE DU RAPPORT D'EXAMEN DES PLAINTES ET DE LA PROMOTION DES DROITS	43
<i>Le comité de vigilance et de la qualité</i>	45
CONSEILS ET COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT	46
CONSEIL DES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES (CII)	46
<i>Faits saillants</i>	46
CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP).....	47
<i>Faits saillants</i>	47
COMITÉ D'ÉVALUATION MÉDICALE, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE.....	48
COMITÉ DE PHARMACOLOGIE	48
COMITÉ SCIENTIFIQUE DE CONTRÔLE ET PRÉVENTION DES INFECTIONS	49
COMITÉ DE PHARMACOVIGILANCE	49
CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)	49
<i>Faits saillants</i>	49
COMITÉ DES USAGERS	51
COMITÉS DE RÉSIDENTS.....	51
<i>Faits saillants</i>	51
COMITÉ DE GESTION DES RISQUES	53
<i>La gestion des risques</i>	53
<i>Le défi de la gestion de l'information</i>	53
ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS.....	55
FONDS D'EXPLOITATION	55
BILAN AU 31 MARS 2009	56
DÉPENSES PAR SECTEUR D'ACTIVITÉ	57
DONNÉES STATISTIQUES	58
RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS.....	60
ANNEXE	62
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	62

Message du président du conseil d'administration



Antonio Lavigne
Président du conseil
d'administration

En déposant ce rapport de gestion et d'imputabilité, je veux d'abord, au nom des membres du conseil d'administration et en mon nom personnel, signaler la contribution exceptionnelle du personnel, des gestionnaires, des médecins et des bénévoles du Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes et remercier chaque personne pour son implication. La population desservie par notre CSSS a bénéficié, encore cette année, de services de qualité visant l'amélioration de son bien-être.

Sans reprendre l'énumération des activités du CSSS qui font état de plusieurs réussites, il faut signaler que le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes est une organisation importante pour la population de la région en termes d'amélioration de la qualité de vie, de contribution à l'essor économique et à la cohérence sociale.

Fort de ses deux mille quatre cents employés, le CSSS a continué, en 2009-2010, à développer ses structures et ses services en collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les développements en cours sont aussi nourris par divers partenariats avec les municipalités, dont la Ville de Saint-Eustache et de Mirabel et différents organismes et entreprises de la région. Le rayonnement des quatre fondations illustre les racines profondes qui lient le CSSS avec la communauté.

La population constate facilement les projets d'envergure qui caractérisent le CSSS. L'agrandissement de l'hôpital s'est poursuivi durant l'année 2009-2010. Il s'agit d'un investissement de près de 50 M\$ qui permettra d'offrir à la population une amélioration de l'offre de service. À ce titre, mentionnons l'imagerie par résonance magnétique, un

nombre accru de salles d'opération et de lits de soins intensifs ainsi qu'un développement significatif de la médecine ambulatoire. Le projet permet également la mise aux normes de plusieurs secteurs dont principalement les chambres d'usagers. Ce projet a permis d'intégrer une décoration soucieuse du bien-être des utilisateurs et des employés. Les futurs départements répondent à cette préoccupation et une visite s'impose à la nouvelle cafétéria pour bien comprendre cette nouvelle philosophie.

L'aménagement d'une nouvelle aile au Centre d'hébergement de Saint-Benoît reprend également cette approche et les nouvelles chambres et salles de bain mises aux normes sont un indicateur de ce que sera l'ensemble du projet de 10 M\$ lorsque rendu à terme en 2012.

Nos quatre fondations ont grandement contribué à consolider nos activités en nous supportant financièrement.

Le conseil d'administration a travaillé fort pour garantir la réalisation de ses quatre priorités : l'obtention de l'agrément, l'amélioration de l'accès aux services, les ressources humaines (recrutement et rétention) ainsi que les communications.

Le président du conseil d'administration,



Antonio Lavigne

Message du directeur général



Roch Martel
Directeur général

Durant l'année 2009-2010, le Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes a relevé plusieurs défis d'envergure grâce à la compétence et à l'implication de son personnel, des gestionnaires, des médecins et des bénévoles. La mission du CSSS de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population a été remplie malgré plusieurs difficultés et écueils.

Dans le cadre du processus d'agrément de l'établissement, le personnel du CSSS a redoublé d'effort et a relevé le défi d'une première expérience d'agrément afin de satisfaire aux exigences initiales d'Agrément Canada. Ainsi le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes a reçu un agrément conditionnel avec un suivi à l'automne 2010. C'est grâce au leadership des responsables de la qualité et de l'engagement du personnel que notre établissement a démontré son savoir-faire et un haut niveau de services de qualité.

Durant la même période, la population a été secouée par une menace de pandémie d'influenza et le personnel du CSSS a répondu avec flexibilité et compétence afin d'appliquer le plan de lutte contre une pandémie d'influenza. En lien avec l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides et avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, notre établissement a su innover pour assurer les services de vaccination à la population et le maintien des services réguliers.

L'agrandissement de l'Hôpital de Saint-Eustache et la rénovation du Centre d'hébergement de Saint-Benoît ont mobilisé une part importante de nos énergies afin de garantir la pérennité et la qualité des services.

Au niveau du recrutement, nous affichons un bilan positif tant au niveau des médecins que de l'ensemble du personnel.

Nous avons amorcé une démarche de planification stratégique et nous sommes à finaliser un plan d'affaires hospitalier qui sera supporté par un plan directeur immobilier afin de positionner adéquatement l'établissement pour la desserte hospitalière du Bassin Sud de la région des Laurentides.

L'accès aux services à l'urgence et à l'hospitalisation a fait l'objet d'un effort constant conjointement avec les médecins et le personnel. Notre situation s'améliore graduellement suite à la consolidation des équipes médicales, au rehaussement de la coordination tant à l'interne qu'avec les partenaires à l'externe, et ce, même si les volumes de fréquentation demeurent importants.

En conclusion, 2009-2010 aura été une année de redressement et de consolidation au niveau organisationnel et clinique.

Le directeur général,



Roch Martel

Déclaration du directeur général

Saint-Eustache, le 31 mars 2010

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 2009-2010 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 sont fiables, c'est-à-dire objectives, exemptes d'erreurs et vérifiables, et qu'il en va de même pour les contrôles afférents aux données présentées. Ces données correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2010.

Le directeur général,



Roch Martel



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.

Nos valeurs

Les valeurs privilégiées par l'organisation sont :

- une approche humaine;
- la recherche de la qualité;
- des relations de confiance
- une promesse d'engagement.

Nos ressources humaines

Au 31 mars 2010, le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Lac-des-Deux-Montagnes comptait 2 175 employés et employées dont 87 % de femmes. Quant au nombre de médecins, il s'établissait à 217 dont environ 70 % de femmes.

Le conseil d'administration

- | | |
|---|--|
| ▪ Monsieur Antonio Lavigne, président | Population |
| ▪ Monsieur H.-Jules Sauvé, vice-président | Population |
| ▪ M. Roch Martel, secrétaire et directeur général | Population |
| ▪ Monsieur Jean-Marc Chéné, membre sortant | Comité des usagers |
| ▪ Monsieur Mario Daigle, membre | Fondation |
| ▪ Madame Francine Delle Donne, membre | Personnel non clinique |
| ▪ Madame Sylvie Ferland, membre entrant | Représentativité du milieu |
| ▪ Madame Amanda Fougère, membre sortant | Représentativité du milieu |
| ▪ Monsieur Martin Gagnon, membre sortant | Conseil multidisciplinaire |
| ▪ Docteur Benoît Guertin, membre | Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens |
| ▪ Monsieur Jean-Claude Laforest, membre entrant | Cooptation – organisme communautaire |
| ▪ Docteure Julie Lalancette, membre | Département régional de médecine familiale |
| ▪ Madame Josée Lauzon, membre | Conseil des infirmières et infirmiers |
| ▪ Monsieur Gilles Mailloux, membre sortant | Comité des usagers |
| ▪ Monsieur Guillaume Parent, membre entrant | Comité des usagers |
| ▪ Madame Mélissa Payer, membre entrant | Professionnels |
| ▪ Monsieur Michel Pelletier, membre | Conseil multidisciplinaire |
| ▪ Madame Line Readman, membre entrant | Comité des usagers |
| ▪ Monsieur Jules Théorêt, membre | Population |
| ▪ Monsieur Donald Tremblay, membre | Population |
| ▪ Monsieur Michel Viau, membre | Agence, autres établissements |

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

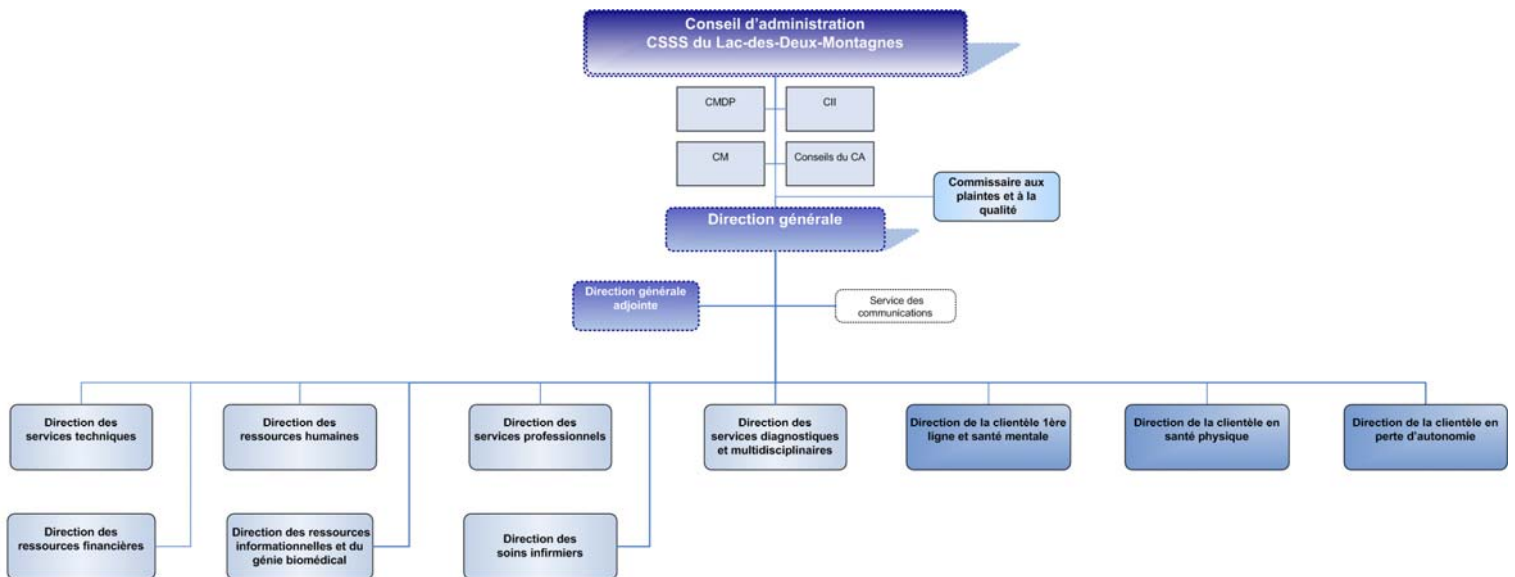
La loi oblige les membres des conseils d'administration des établissements publics visés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux à établir un code d'éthique et de déontologie, lequel porte sur les devoirs et obligations des membres.

Le rapport annuel du Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes doit faire état de tout manquement au code d'éthique et de déontologie.

Pour l'année 2009-2010, aucun manquement au code d'éthique et de déontologie n'a été constaté.

Vous trouverez en annexe le texte intégral du code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes.

La structure organisationnelle du CSSS au 31 mars 2010



Les membres du comité de direction

- Monsieur Roch Martel, directeur général
- Monsieur Christian Gagné, directeur général adjoint
- Madame Joanne Béland, directrice des services diagnostiques et multidisciplinaires
- Monsieur Michel Bordeleau, directeur des services techniques
- Madame Danielle Beaudry, directrice de la clientèle première ligne et santé mentale
- Monsieur Réjean Le Brun, directeur des ressources financières
- Docteur André Simard, directeur intérimaire des services professionnels
- Monsieur Rock Paquet, directeur de la clientèle en santé physique
- Madame Lucie Perreault, directrice des ressources informationnelles et du génie biomédical
- Monsieur Jacques Robillard, directeur des ressources humaines
- Madame Nathalie Rochette, directrice des soins infirmiers et de la qualité

Nos installations

« Toutes voiles vers la santé », notre personnel, nos médecins et nos bénévoles collaborent à la réalisation de la mission du CSSS dans les cinq installations et le point de service suivants :

- Centre d'hébergement de Saint-Benoît;
- Centre d'hébergement de Saint-Eustache;
- CLSC Jean-Olivier-Chénier;
- CLSC Mirabel (ouverture en avril 2010);
- Hôpital de Saint-Eustache;
- Clinique externe de psychiatrie (point de service).

En 2009-2010, les travaux pour l'implantation du CLSC Mirabel se sont poursuivis, en collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides et la Ville de Mirabel. Cette nouvelle installation, placée sous la responsabilité du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes, offre depuis avril 2010 des services de clinique ambulatoire à la population de Mirabel qui est desservie par les CSSS de Saint-Jérôme, d'Argenteuil, de Thérèse-De Blainville et du Lac-des-Deux-Montagnes.

Faits saillants 2009-2010

L'année 2009-2010 a été marquée par deux grands dossiers qui ont interpellé l'ensemble des directions du CSSS : la démarche pour obtenir l'accréditation d'Agrément Canada et la mise en opération du Plan local de lutte contre une pandémie d'influenza.



La gestion des risques et le programme d'amélioration continue de la qualité

L'agrément : une démarche d'amélioration continue

En octobre 2008, le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes vivait sa première visite d'agrément avec Agrément Canada. Suite à la réception du rapport, un travail colossal avec l'ensemble des intervenants de l'organisation s'est amorcé. Deux mots pour résumer l'année 2009-2010 : intensité et collaboration. La mobilisation et le soutien des intervenants impliqués à mettre en œuvre des processus qui, bien au-delà de la simple mise aux normes, a permis à notre CSSS de prendre son véritable envol. Ensemble nous avons pris le départ d'une course à la qualité. L'une des plus grandes réalisations de cette année mouvementée aura sans doute été une prise de conscience collective que la qualité se fait avec des gens fiers et motivés. La littérature nous dit que pour implanter un système de gestion de qualité efficace, c'est 20 % de structure et 80 % de culture, voire d'attitude face au travail à accomplir. Les réalisations de l'année 2009-2010 démontrent sans contredit cet état de fait.

C'est ensemble que nous avons passé d'une décision anticipé de refus d'agrément suite à la visite d'octobre 2008 à une décision finale d'agrément avec condition en avril 2010.

Sans faire l'inventaire exhaustif des activités et travaux qui ont permis de réaliser cette belle réussite, notons tout de même quelques faits saillants :

- La tenue d'un nouveau sondage sur la mobilisation demandé par le Conseil québécois d'agrément qui s'est déroulé du 9 au 20 novembre 2009. Les résultats

forts encourageants ont permis de démontrer une augmentation suffisamment importante de l'indice global de mobilisation nous situant dans la moyenne des autres établissements de santé.

- La tenue d'une nouvelle visite d'agrément qui s'est déroulée en janvier 2010. D'une durée de deux jours, cette visite s'est soldée par la confirmation d'un agrément avec un suivi à rendre sur seulement trois normes de qualité. Il s'agit là d'un résultat exceptionnel qui se compare avantageusement avec les établissements les plus performants au Québec en ce qui concerne la conformité aux normes d'Agrément Canada.

Le Plan local de lutte contre une pandémie d'influenza

Durant l'année 2009-2010 et particulièrement durant la période s'échelonnant du 27 octobre au 31 décembre 2009, l'ensemble des directions et le personnel du CSSS ont été mobilisés afin d'appliquer les mesures du Plan local de lutte contre une pandémie d'influenza en complémentarité aux mesures mises en place par l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce plan de lutte de la part du CSSS a desservi l'ensemble de la population des municipalités du territoire du CSSS et de la communauté de Kanesatake.

La coordination du plan d'urgence, sous la responsabilité du directeur général adjoint, a nécessité la mise en place d'une cellule de crise composée de différents directeurs du CSSS. Cette cellule de crise s'est réunie régulièrement afin d'appliquer les mesures appropriées du plan et les ajuster en fonction des nouvelles informations et directives de l'Agence et du Ministère.

La vaccination a été une activité clinique très importante offerte à l'ensemble de la population. Près de 62 500 personnes ont reçu le vaccin contre la grippe A(H1N1), ce qui représente environ 60 % de la population du territoire. Les intervenants des équipes de première ligne ont mis un temps d'arrêt à certaines activités régulières pour permettre d'offrir la vaccination de masse à la population. Cette activité clinique a nécessité la mise en place d'un site temporaire de vaccination qui a exigé la contribution de chacune des

directions du CSSS. Cette vaccination de masse a été suivie par la campagne de vaccination saisonnière.

Il est important de mentionner l'appui des différents conseils et comités du CSSS ainsi que la collaboration des nombreux bénévoles qui ont démontré flexibilité et capacité d'adaptation dans des circonstances difficiles.

L'ensemble du personnel du CSSS a reçu une formation spécifique concernant le Plan local de lutte contre une pandémie d'influenza; les responsables de ressources intermédiaires, de ressources de type familial, de résidences privées pour personnes âgées ont aussi été sensibilisés et mobilisés pour actualiser les mesures à mettre en place pendant cette période.

Un plan de communication a été réalisé afin d'assurer à la population et au personnel du CSSS une information adéquate compte tenu des adaptations continues du plan. La collaboration des médias a été un facteur positif pour assurer la circulation des informations. De plus, la collaboration des professionnels en cliniques privées, des pharmaciens des pharmacies communautaires et des partenaires municipaux, scolaires et commerciaux a été fort appréciée.

La Direction de la clientèle en santé physique

De meilleurs soins

En 2009-2010, les nombreux efforts visant de meilleurs soins ont porté fruits et nous avons constaté une amélioration de la performance des unités quant à la prévention des infections. Aussi, durant l'année, l'implantation d'un protocole d'analgésie pour le traitement de la douleur aiguë en post-opératoire et le développement d'un programme de suivi systématique de la clientèle souffrant de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) ont été des réalisations significatives pour la clientèle.

Plusieurs actions ont été identifiées afin de permettre une meilleure prise en charge des usagers du programme interdisciplinaire d'insuffisance cardiaque (PIIC) et diminuer la durée moyenne de séjour des patients. À la médecine de jour, avec le coordonnateur médical, la Direction de la clientèle en santé physique a également mis en place un projet pour éviter l'hospitalisation et réduire la durée moyenne de séjour.

À l'Unité des naissances, les deux projets majeurs pour l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins se sont poursuivis : AMPRO (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) qui s'échelonne sur trois ans et QUARISMA, un projet de recherche sur la qualité des soins, la gestion du risque obstétrical et du mode d'accouchement, qui s'étend sur cinq ans.

Une plus grande accessibilité

Plusieurs des réalisations en cours d'année de la Direction de la clientèle en santé physique ont visé une plus grande accessibilité aux services, notamment en médecine de jour :

- Programme pour maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) : retour de la clinique avec un pneumologue de l'Hôpital du Sacré-Cœur, et implication accrue des inhalothérapeutes au programme MPOC; intégration au sein des activités régulières en santé respiratoire du projet PRIISME, un programme de gestion optimale des maladies chroniques visant l'amélioration de la qualité des services, une utilisation optimale des médicaments et une diminution de l'impact de ces maladies sur le système de santé (diminution des visites à l'urgence et des hospitalisations);
- Programme d'auto-administration intraveineuse (AAIV) : les services sont maintenant offerts 6 jours par semaine et les heures d'ouverture ont été prolongées jusqu'à 20 h;
- Programme de diabète : le nombre des interventions a doublé;
- Suivi médical : la présence des médecins est passée de 3 à 5 jours par semaine, en février 2010;

La Direction de la clientèle en santé physique a également prêté main-forte pour les services d'obstétriques, au niveau régional, à un établissement en difficulté, par un corridor de services.

Une amélioration du milieu de travail

À l'été 2009, en collaboration avec la Direction des ressources humaines, une enquête a été menée sur la fidélisation du personnel en lien avec des horaires de travail modifiés

(ex. : quart de travail de 12 heures). La dernière année a également vu la mise en place, en collaboration avec la Direction des soins infirmiers, d'un programme de préceptorat aux unités de soins, pour les quarts de travail de soir et de nuit. De concert avec la Direction des soins infirmiers, nous poursuivons aussi les travaux concernant la hiérarchisation des soins (identification des rôles et responsabilités spécifiques du personnel infirmier) compte tenu des modifications au sein de la pratique liées à l'environnement CSSS ainsi qu'au contexte légal, encadrant les professions, en évolution.

Il est important de mentionner également que, pour l'ensemble de la Direction de la clientèle en santé physique, nous avons réduit de 29,2 % l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante dans les derniers mois de l'année. Ajoutons que le temps supplémentaire obligatoire ne représente que 0,75 % de l'ensemble du temps supplémentaire effectué au sein de cette direction.

Principales modifications et acquisitions en 2009-2010

- Révision et mise à jour de l'échelle de triage et de gravité (E.T.G) pour répondre aux normes 2008 en santé physique, pédiatrie et psychiatrie;
- Intégration de la liste de rappel liée aux activités de la Direction de la clientèle en santé physique;
- Acquisition d'un incubateur grâce à un don d'Opération Enfant Soleil;
- Achat de matériel dédié en regard de la prévention et du contrôle des infections : appareils à pression, stéthoscopes;
- Achat de huit nouvelles télémétries afin de répondre aux besoins de la clientèle;
- Achat de nouveaux lits électriques répondant aux normes et à la clientèle en soins intensifs;
- Création du portail PACS avec l'Hôpital Sainte-Justine, permettant le transfert des images radiologiques pour consultation sans avoir à transférer l'enfant.

Ententes de gestion et d'imputabilité 2009-2010

L'ensemble des indicateurs non atteints se situe à l'urgence. Les principaux facteurs en cause pour les indicateurs en santé mentale sont :

- Le délai d'attente pour les transferts vers des services spécialisés;
- L'absence de lits d'hospitalisation brève dans notre hôpital.

Pour les indicateurs liés au séjour moyen sur civière :

- L'accès aux lits d'hospitalisation réduit : manque de médecins omnipraticiens, carence au niveau du suivi systématique des clientèles à l'étage, gestion des longs séjours;
- Délai important dans la prise en charge des personnes âgées en attente d'hébergement ou d'autres ressources, par nos partenaires limitrophes.

Le tableau suivant présente les résultats atteints :

	Engagement 2009-2010	Réel 2009-2010	Écart	Commentaires
Santé physique				
Séjour moyen sur civière à l'urgence	15,00	29,74	-14,74	⊗ Manque équipe médicale pour prise en charge; patients restent à l'urgence même si lits de libres. Suivi des patients sans équipe médicale. Difficulté pour coordonnateur car doit voir patients.
Séjour moyen sur civière à l'urgence des personnes de 75 ans et plus	16,00	45,72	-29,72	
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	2,00	21,2	-19,20	
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	2,00	38,91	-36,91	

La Direction de la clientèle première ligne et santé mentale

De meilleurs services

Lors de la tournée ministérielle de l'équipe santé mentale dans la région, la Direction de la clientèle première ligne et santé mentale a soulevé sa préoccupation quant au manque important d'effectifs en ressources humaines pour répondre aux besoins de la population et elle a aussi présenté les avantages du guichet d'accès jeunesse pour la clientèle.

Le projet clinique en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (DI-TED) a été réalisé, en collaboration avec plus de 20 partenaires du territoire. Cette équipe de travail a également produit un plan d'action pour les trois prochaines années.

Au chapitre de l'implication dans le milieu communautaire, soulignons que les intervenants de la Direction de la clientèle première ligne et santé mentale ont rencontré l'organisme spécialisé en santé mentale *l'Atelier Ensemble on se tient* ainsi que *l'Accueil communautaire jeunesse* et ils leur ont offert un soutien régulier. Mentionnons aussi leur implication en regard de l'application de la politique de retrait du milieu familial (Loi sur les services de santé et les services sociaux).

Plus de services

Pour l'équipe de santé au travail, le bilan est fort positif. On note une augmentation de 250 demandes d'études de poste pour le programme « Pour une maternité sans danger », reliée à la pandémie de grippe A(H1N1) à l'automne, par rapport à la prévision.

L'équipe a visité 64 établissements pendant l'année. Il s'agit de nouveaux établissements où la visite permet de nous assurer que, dès le début des opérations, les mesures préventives requises pour prévenir les accidents et les maladies professionnelles ainsi que les services de premiers secours sont mis en place.

Une plus grande accessibilité

La dernière année a aussi vu le développement du guichet d'accès pour la clientèle DI-TED/DP (déficience intellectuelle, trouble envahissant du développement et déficience physique) et l'entrée en vigueur de nouveaux standards d'accès pour cette clientèle, avec prescription au niveau des délais de réponse.

Une clinique TDAH (trouble déficitaire de l'attention, avec ou sans hyperactivité) de première ligne a aussi été mise en place. Elle nous permet de mieux coordonner les services auprès des familles.

En terminant, ajoutons que le guichet d'accès jeunesse a été consolidé et une tournée d'information auprès des partenaires, dont les groupes de médecine familiale (GMF), s'en est suivie.

Principales modifications et acquisitions en 2009-2010

- Modification des cadres de référence dans plusieurs secteurs pour mieux répondre aux orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux;
- Modification de l'offre de service dans le secteur de la petite enfance afin de pouvoir faire face à l'augmentation du nombre de naissance sur notre territoire.

Ententes de gestion et d'imputabilité 2009-2010

Plusieurs ententes de service ont été établies entre notre CSSS et divers établissements du réseau :

- L'Hôpital Sainte-Justine : concernant les services d'hospitalisation en pédopsychiatrie;
- Le Centre de réadaptation Le Florès : dans le but de faciliter l'accès et la continuité des services;
- L'urgence du CSSS de Saint-Jérôme : signature d'un protocole d'entente pour le transfert d'usagers. Ce protocole limite à 12 heures le temps d'attente avant un transfert.

Le tableau suivant présente les résultats atteints :

	Engagement 2009-2010	Réel 2009-2010	Écart	Commentaires
Services généraux - activités clinique et d'aide				
Proportion de femmes nouvellement inscrites aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) au cours de l'année financière 2009-2010	73,00	71,76	-1,24	⊖ Cible presque atteinte.
Proportion d'écoles qui implantent l'approche École en santé	3,00	0	-3,00	⊖ Aucune école disponible. La mesure est reportée en 2010-2011 pour les commissions scolaires.
Proportion des enfants recevant en CSSS, mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre DcaT-Polio-Hib dans les délais	60,00	18,28	-41,72	⊖ Augmentation des naissances de 60 % depuis 2006 sans ajout de ressource. Couverture vaccinale demeure très élevée.
Proportion des enfants recevant en CSSS, mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin contre le méningocoque dans les délais	50,00	44,00	-6,00	
Proportion des enfants recevant en CSSS, mission CLSC leur 1 ^{re} dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais	60,00	18,76	-41,24	
Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS mission CLSC	951	650	-301	⊖ Plusieurs intervenants ont été déplacés durant la pandémie ce qui a occasionné des retards dans les suivis.
Nombre moyen d'intervention par usager par les services psychosociaux en CSSS mission CLSC	3,30	3,18	-0,12	
Déficiences physiques				
Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	423	367	-56	⊖ Révision du profil des usagers (ISO-SMAF) avec conséquence au nombre de personnes déclarées et du nombre d'interventions.
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC) par usager DP	18,60	32,83	14,23	⊕ Cible atteinte.
Nombre d'usagers ayant une DP dont la famille reçoit des services de soutien par allocations directes	104	99	-5	⊖ Les développements ont été reçus en cours d'année et la recherche d'intervenants a été difficile. Les cibles DI et TED sont évaluées par les mêmes intervenants.

NOTE : Les indicateurs en déficience physique relèvent de la Direction de la clientèle première ligne et santé mentale et de la Direction de la clientèle en perte d'autonomie.

Déficience intellectuelle et TED				
Nombre de personnes ayant une DI ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	307	267	-40	⊗ Les développements ont été reçus en cours d'année et la recherche d'intervenants a été difficile. Les cibles DI et TED sont évaluées par les mêmes intervenants.
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC) pour des usagers ayant une DI ou un TED	9,00	9,49	0,49	☺ Cible atteinte.
Nombre d'usagers ayant une DI ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocations directes	179	191	12	☺ Cible atteinte.
	Engagement 2009-2010	Réel 2009-2010	Écart	Commentaires
Jeunes en difficultés				
Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	1 798	1 786	-12	☺ Cible atteinte.
Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	7,00	7,85	0,85	☺ Cible atteinte.
Santé mentale				
Nombre de place en soutien variable dans la communauté pour des adultes de 18 et + mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	70,00	39,23	-31	⊗ Cible non atteinte. Aucun développement dans ce secteur.
Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	16,00	27,4	-11,4	⊗ Manque d'effectifs au niveau des médecins psychiatres. Non respect de l'entente de transfert < 12 heures par le Centre régional de psychiatrie.
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour des problèmes en santé mentale	4,00	17,37	-13,37	
Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale (mission CLSC)	704	1 041	337	☺ Cible atteinte.
Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2 ^e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	84	141	-57	⊗ Pénurie de pédopsychiatre. Demandes à la hausse. Liste d'attente ne diminue pas malgré une augmentation de 40 évaluations en un an. Manque de médecins de famille pour faire transfert de clientèle.

La Direction de la clientèle en perte d'autonomie

De meilleurs soins et services

Le bloc VI au Centre d'hébergement de Saint-Benoît a été rénové et ouvert. Les travaux ont permis de livrer des locaux respectant les nouvelles normes en vigueur et ont entraîné, tel que prévu, une réduction du nombre de lits d'hébergement.

En 2009-2010, plusieurs outils ont été développés, entre autres pour mieux accueillir et connaître la clientèle hébergée, dans l'esprit milieu de vie. De plus, une pochette d'accueil pour la clientèle hébergée en longue durée et en ressources intermédiaires (hébergée de façon permanente ou temporaire) a également été élaborée et remise à la clientèle.

Au niveau des ressources intermédiaires, la Direction de la clientèle en perte d'autonomie a mis en place un questionnaire de la qualité pour la clientèle hébergée de façon permanente ou temporaire, ainsi qu'élaboré un dépliant explicatif et mis en place un comité milieu de vie. Ajoutons que la clientèle des ressources intermédiaires a été invitée à participer aux activités estivales offertes en hébergement de longue durée.

Un sondage milieu de vie a été distribué à l'équipe des ressources intermédiaires du CSSS, aux propriétaires, aux employés, aux résidents ainsi qu'à leur famille. La Direction a aussi procédé à l'évaluation des activités offertes par une éducatrice spécialisée du CSSS dans chacune des ressources intermédiaires, émettant des recommandations spécifiques en lien avec leur clientèle.

Notons aussi que plusieurs formations ont été offertes pendant l'année, entre autres la formation nationale AGIR donnée à l'ensemble des préposés des centres d'hébergement et offerte également aux préposés des ressources intermédiaires. En complémentarité avec la formation donnée sur le lavage des mains, la prévention et le contrôle des infections est un sujet qui est mis à l'ordre du jour de toutes les rencontres avec le personnel. Une formation sur les mesures de prévention des infections a aussi été donnée à l'équipe et au personnel des ressources intermédiaires, de même qu'une autre sur le risque d'étouffement de la clientèle à risque, donnée par des nutritionnistes et des orthophonistes.

Diverses mesures ont également été mises en place en vue d'offrir des services de qualité : une politique de vouvoiement en centre d'hébergement, en ressources intermédiaires ainsi qu'au soutien à domicile; la diminution des mesures de contention en centre d'hébergement et l'augmentation de l'utilisation de mesures alternatives; la révision et la modification de l'activité alimentaire afin d'améliorer l'approche clientèle ainsi que le climat à l'heure des repas au Centre d'hébergement de Saint-Benoît; et,

finalement, une amélioration du processus de distribution des collations en soirée au Centre d'hébergement de Saint-Eustache.

Pour terminer, soulignons que, durant l'année, le programme RSIPA (Réseau de services intégrés pour les personnes âgées) a été mis en place avec la formation des intervenants et du personnel administratif et le début de l'implantation de ce programme avec les intervenants de la réadaptation de l'équipe du soutien à domicile. Ensuite, le « Défi continuum », qui vise une réorganisation des services professionnels et la définition d'un modèle d'encadrement pour assurer une meilleure continuité et complémentarité des services de première et deuxième ligne, a impliqué tous les professionnels de la Direction de la clientèle en santé physique ainsi que ceux de la Direction de la clientèle en perte d'autonomie.

En collaboration avec le milieu

Au niveau communautaire, mentionnons que la Direction de la clientèle en perte d'autonomie a participé à des travaux d'arrimage et de collaboration avec les organismes communautaires de la région et qu'elle a déployé le projet RÉVA qui vise la prévention de la perte d'autonomie chez les personnes âgées grâce à une mobilisation de la communauté. En regard de ce projet, plus de 300 éclaireurs et huit veilleurs ont été formés, et le repérage ainsi que le suivi d'usagers vulnérables dans la communauté a débuté. La Direction de la clientèle en perte d'autonomie a aussi participé activement aux travaux du projet d'adaptation et d'intégration des services de la communauté de Kanesatake.

Principales modifications et acquisitions en 2009-2010

- Ajout de postes : un poste d'infirmière auxiliaire de soir sur chaque étage; un ajout de 2 jours/semaine de préposés aux résidents sur chaque étage au Centre d'hébergement de Saint-Eustache; et un poste en ergothérapie (0,8 ETC) dans le cadre du plan d'accès en DI-TED-DP;
- Réduction de 11 lits d'hébergement longue durée au Centre d'hébergement de Saint-Benoît avec la rénovation et la mise aux normes;

- Ouverture de deux lits d'hébergement temporaire de répit dépannage au Centre d'hébergement de Saint-Benoît;
- Achats en contexte d'hébergement de 21 lits électriques et de 17 chariots à médicaments;
- Rehaussement des équipements médicaux : concentrateur O₂, économiseur O₂, trois leviers portatifs, balances pour levier, sphygmomanomètres, thermomètres tympaniques, saturomètre, matelas civière-douche;
- Adaptation d'une chambre barriatrique au Centre d'hébergement de Saint-Eustache;
- Fermeture d'une ressource intermédiaire : 9 lits;
- Ouverture d'une ressource intermédiaire : 24 lits.

Ententes de gestion et d'imputabilité 2009-2010

Nombre de personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement recevant des services à domicile

- Non-atteinte des cibles reliées à la redéfinition et à une répartition différente des profils d'intervention en lien avec le déploiement du RSIPA (profils personne en perte d'autonomie vs santé physique, déficience physique). Par contre, l'intensité des interventions est dépassée.

Nombre de personnes en déficience physique recevant des services à domicile

- Le nombre de personnes desservies n'a pas été atteint dû à l'arrivée tardive d'ajout de personnel en raison de difficultés de recrutement. En hiérarchisant les demandes afin de répondre à celles des personnes avec un niveau de priorité élevé, l'intensité est plus importante, la cible de l'intensité est dépassée. Par contre, le nombre total est moindre.

Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile

- En 2009-2010, 206 usagers ont été desservis en conformité avec l'engagement de l'entente de gestion 2009-2010 (205 usagers). Par ailleurs, il faut viser à rejoindre 270 usagers selon la cible de l'entente de gestion. Cependant, aucun usager n'a été

en attente de services; le fait que le CSSS n'offre pas de traitements en oncologie a probablement une influence sur le nombre d'usagers référés et suivis à domicile.

Le nombre d'interventions a été à la hauteur de l'entente de gestion alors que nous avons réalisé un nombre moyen de 12,95 interventions/usagers pour un engagement de 13 interventions/usagers. La cible à atteindre est de 16 interventions/usager. L'arrêt de prise en charge des nouveaux cas par le médecin du soutien à domicile a eu un impact pour la clientèle ne pouvant se déplacer, ceux-ci étant transférés plus rapidement en soins palliatifs.

Le tableau suivant présente les résultats atteints :

	Engagement 2009-2010	Réel 2009-2010	Écart	Commentaires
Perte d'autonomie liée au vieillissement				
Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	2698	1607	-1091	⊖ Révision du profil des usagers (ISO-SMAF) avec conséquence au nombre de personnes déclarées et du nombre d'interventions.
Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par des personnes en perte d'autonomie	21,50	30,14	8,64	
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et assistance dans les CHSLD	3,00	3,27	0,27	☺ Cible atteinte.
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,230	0,230	0,000	☺ Cible atteinte.
Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	205	206	1	☺ Cible atteinte.
Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	13,00	12,95	-0,05	☺ Cible atteinte.

La Direction des services professionnels

Mentionnons, pour commencer, que l'année 2009-2010 a vu le départ de la directrice des services professionnels et l'arrivée d'un directeur intérimaire en janvier 2010.

À l'hospitalisation, la dernière année a permis de consolider six équipes médicales, dont 1,5 équipe avec des médecins dépanneurs. Les efforts de recrutement se sont poursuivis et ont porté fruits : deux médecins internistes ont déjà été recrutés et 11 nouveaux médecins se joindront au CSSS d'ici septembre 2010. Une équipe de coordination médicale a également été constituée afin de soutenir les équipes médicales en place.

Du côté de l'urgence, l'équipe médicale est complète depuis mars 2010. Actuellement, un travail s'effectue en regard des procédures lors de situations de débordement. Il faut signaler une augmentation importante, de l'ordre de 15 %, du nombre d'ambulances qui se présentent à l'Hôpital de Saint-Eustache.

L'accueil clinique, pour sa part, a connu une hausse importante de sa clientèle. Une infirmière y est maintenant en poste à temps complet. Ajoutons aussi que 14 protocoles ont été développés et implantés pendant l'année et quatre autres sont à venir.

En ce qui a trait à la prévention et au contrôle des infections, nous constatons, depuis deux ans, une nette amélioration du taux des infections nosocomiales (SARM, clostridium, C. difficile). Le CSSS se situe maintenant sous la moyenne des centres comparables. Par ailleurs, durant les trois dernières périodes de l'année, une série de mesures mises en place ont permis d'éradiquer une importante éclosion de la bactérie ERV.

Au bloc opératoire, un comité Lean visant l'optimisation du bloc opératoire a été mis sur pied, ainsi qu'un comité Unité des naissances-bloc opératoire. L'année a aussi permis de mettre en place diverses améliorations comme un système de téléavertisseurs pour la garde, le début des notes infirmières informatisées et le démarrage du module Opéra CDJ/Chirurgie. De plus, du personnel est maintenant sur place le jour durant les fins de semaine et les 48 heures de garde consécutifs ont été abolis. En terminant, le suivi des ententes de gestion pour les chirurgies réalisées s'est poursuivi.

Pour ce qui est de la gestion de l'épisode de soins, signalons l'implication et la collaboration importantes de la Direction des services professionnels dans divers dossiers d'amélioration des processus d'admission. Divers comités de travail ont été mis en place afin d'améliorer l'organisation des soins : unité de décision clinique, regroupement de clientèles en cessation de soins actifs, etc.

Ententes de gestion et d'imputabilité 2009-2010

Il est difficile de respecter les délais d'attente fixés par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour les prothèses totales de genoux et les prothèses totales de hanches : quelques patients sont hors délai en attente de chirurgie depuis plus de 12 mois.

La Direction des services diagnostiques et multidisciplinaires

(antérieurement la Direction adjointe des services professionnels)

En mars 2010, des changements ont été apportés à la Direction adjointe des services professionnels qui est devenue la Direction des services diagnostiques et multidisciplinaires, distincte de celle des services professionnels. En date du 31 mars, la Direction des services diagnostiques et multidisciplinaires assumait les mêmes responsabilités qu'elle assumait auparavant en tant que Direction adjointe des services professionnels.

En regard de l'année 2009-2010, mentionnons que la Direction a élargi et renforcé ses liens avec les maisons d'enseignement, en particulier avec les universités pour l'accueil d'étudiants au doctorat de pharmacie. Cette visibilité accrue facilitera le recrutement dans des professions en grande pénurie, notamment de pharmaciens.

De nombreuses activités de la Direction des services diagnostiques et multidisciplinaires ont été en lien avec la planification des locaux, des ressources et des nouveaux processus dans le cadre du projet de construction à l'Hôpital de Saint-Eustache. Plusieurs secteurs et services ont déménagé temporairement certaines de leurs activités afin de permettre la réalisation des travaux. La revue de nombreux processus cliniques permettra une utilisation clinique harmonieuse des futurs locaux et des ressources humaines. Les listes d'équipements médicaux requis ont été révisées à la lumière des besoins cliniques actuels; des technologies récentes seront implantées, pour le bénéfice des patients du CSSS.

La Direction a également participé activement aux discussions régionales quant à la faisabilité d'un regroupement des activités de laboratoire. Aussi, nous avons été très impliqués dans l'élaboration du Programme fonctionnel et technique de l'urgence et à l'élaboration d'un pré-PDCI (Plan directeur clinique immobilier) qui mènera à une solution immobilière permettant la réalisation des développements cliniques requis par la population.

Le service des archives a quant à lui offert son expertise et son soutien à plusieurs projets organisationnels comme l'implantation du CLSC Mirabel, le projet RÉVA (Réseau d'éclaireurs et de veilleurs pour les aînés), la clinique TDAH (trouble déficitaire de

l'attention, avec ou sans hyperactivité) de première ligne, le décloisonnement des PACS (système d'archivage et de communication des images radiologiques) vs cliniques radiologiques privées, pour ne nommer que ceux-là.

Principales modifications en 2009-2010

- En lien avec le projet de construction, achat d'équipements majeurs, tels qu'un appareil de résonance magnétique, un appareil de radiologie, des équipements et instruments de stérilisation et de bloc opératoire, de même qu'un pléthysmographe pour l'étude de la fonction respiratoire et d'autres équipements médicaux, qui seront installés et mis en fonction progressivement en 2010;
- En collaboration avec les équipes soignantes, implantation du bilan comparatif des médicaments (BCM) à l'urgence. Désormais, le BCM est effectué chez 100 % des patients se présentant à l'urgence et répondant aux critères;
- Suite au recrutement, accroissement de la présence des pharmaciens au sein des cliniques de médecine de jour;
- Implantation du protocole de gestion de la douleur postopératoire, en collaboration avec le Département d'anesthésie et la Direction des soins infirmiers. Les pharmaciens ont assuré la formation du personnel soignant;
- Révision de la structure des messages d'accueil de la centrale des rendez-vous, afin d'améliorer la fluidité des appels et la satisfaction de la clientèle;
- Travaux relativement à l'amélioration du fonctionnement et de l'efficacité du bloc opératoire et de l'endoscopie;
- Avancement des travaux dans le cadre du déploiement de l'index-patient d'organisation, prérequis à l'implantation locale et régionale du Dossier santé du Québec (DSQ) : arrimage des tables entre les index locaux et transmission de la base de données à la RAMQ;
- Implantation et rehaussement majeur de certains systèmes d'information : dictée centrale, transcription médicale, index-patient de l'hôpital, dossier-patient électronique (Chartmaxx), capacité d'archivage du PACS;

- Révision du processus d'arrimage interétablissements avec le CSSS de Saint-Jérôme lors d'une panne de tomodynamomètre dans l'un de nos deux hôpitaux respectifs.

Le tableau suivant présente les résultats atteints :

	Engagement 2009-2010	Réel 2009-2010	Écart	Commentaires
Services professionnels				
Pourcentage d'établissements ayant atteint la ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectés au programme de prévention des infections nosocomiales	100	66	34	☹ Poste 0,6 ETC de conseillère à la prévention des infections présentement en affichage. Sera finalisé en 2010-2011.
Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	100	100	0	☺ Comité fonctionnel et répondant aux critères demandés.
Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	100	0	100	☹ Programme structuré déjà en place depuis 2008 mais non approuvé. Approbation du CA à venir. Sera finalisé en 2010-2011.
Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	87	104	17	☺ Cible atteinte.
Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	129	154	25	☺ Cible atteinte.
Nombre de chirurgies d'un jour réalisées	3 102	3 055	-47	☹ Cible non atteinte.
Nombre de chirurgies avec hospitalisation (excluant PTH et PTG)	3 172	2 852	-320	☹ Cible non atteinte.
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	90,00	90,82	0,82	☺ Cible atteinte.
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	90,00	84,97	-5,03	☹ Cible non atteinte.

La Direction des soins infirmiers

Au cours de cet exercice, la contribution des infirmières auxiliaires s'est accrue considérablement. Des infirmières auxiliaires ont été intégrées à l'organisation des soins en endoscopie, au soutien à domicile en plus de l'urgence. Aussi, près des trois quarts des infirmières auxiliaires en santé physique ont maintenant leur attestation de formation à la thérapie intraveineuse.

En mars 2009, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec a procédé à une visite d'inspection professionnelle. Les résultats ont été diffusés et un plan d'action a été mis en œuvre. Les priorités d'amélioration concernaient l'évaluation post-chute et le dépistage

des lésions de pression. À cet égard, des formations sur mesure ont été offertes au personnel concerné.

Poursuivons au chapitre des formations et des mises à jour. Pour l'année 2009-2010, notons en particulier la formation de 21 heures sur la thérapie intraveineuse pour les infirmières auxiliaires (santé physique), la défibrillation externe semi-automatique (CLSC), le code bleu (santé physique), la crise d'asthme (urgence), le bouchon membrane pour tenir une veine ouverte (santé physique), la double identification des usagers (hébergement), l'insuline sous-cutanée (hébergement), les notes d'observation (ressources intermédiaires), les coffres de RCR (hébergement), les soins pour cathéters centraux périphériques (hébergement), la documentation lors de contentions (hébergement), la salubrité en lien avec la prévention des infections (hébergement) et finalement les transferts de dossier (CLSC).

Pour évaluer la qualité des soins, des audits ont été réalisés pour l'application du protocole des contentions (CSSS et ressources intermédiaires), l'évaluation post-chute (hébergement, santé physique), le dépistage des lésions de pression (santé physique), la surveillance des opiacés (urgence) et la vaccination (CSSS). On constate une amélioration des pratiques cliniques. Toutefois, nous devons maintenir une vigilance puisque l'intégration des pratiques exemplaires n'est pas complétée.

La Direction des soins infirmiers a contribué à l'élaboration et a recommandé l'adoption de plusieurs documents d'encadrement clinique :

- 19 ordonnances collectives pour les GMF (la plupart en vigueur dans les quatre GMF);
- 30 ordonnances collectives pour le CSSS (21 en vigueur);
- 4 protocoles cliniques (un en vigueur);
- 6 ordonnances individuelles préimprimées (une en vigueur);
- 6 règles de soins médicaux pour l'infirmière praticienne spécialisée en cardiologie (aucune en vigueur).

Les perspectives 2010-2011 portent principalement sur l'intégration des infirmières praticiennes de première ligne et sur la mise en place de plans d'actions cliniques avec les chefs de programme clientèle pour optimiser les soins infirmiers dans chaque secteur d'activité. Aussi, nous proposons une révision du processus de coordination des

ordonnances collectives et protocoles et des règles de soins infirmiers et médicaux, de façon à assurer un suivi efficace quant à leur mise en application.

Principales modifications en 2009-2010

Pour assurer le rehaussement des soins infirmiers, certaines responsabilités ont été retirées de la Direction, soit la prévention des infections, la coordination d'activités, la pastorale, les bénévoles, la gestion de risques et de la qualité ainsi que les activités de vaccination.

Par ailleurs, un programme structuré de préceptorat en lien avec un projet du ministère de la Santé et des Services sociaux a été implanté : 240 infirmières et infirmières auxiliaires ayant moins de 3 ans d'expérience ont bénéficié du soutien clinique de précepteurs.

La Direction des ressources humaines

En 2009-2010, afin de mieux accompagner et soutenir tous les cadres dans leur responsabilité de gestion des ressources humaines, les activités de la Direction des ressources humaines ont été marquées par un changement dans le rôle des conseillers. D'un rôle de spécialiste en relations de travail, les conseillers de cette direction ont adapté leur approche afin de jouer dorénavant un rôle en support aux gestionnaires de l'établissement dans la gestion des ressources humaines. Par cette modification, la Direction des ressources humaines accentue l'emphase sur le fait que la responsabilité première de gestion des ressources humaines relève de chaque gestionnaire et que la mission de la Direction des ressources humaines est de les supporter activement dans ce rôle, tout en maintenant des liens positifs et productifs avec les différents partenaires syndicaux.

La gestion de la présence au travail, en 2009-2010, a été une priorité dans l'établissement ce qui a permis une réduction significative du taux d'absence. Les résultats sont le fruit d'un travail conjoint entre les gestionnaires, l'équipe du service de santé et de sécurité au travail et les conseillers support à la gestion des ressources humaines.

Le tableau suivant présente les résultats atteints :

	Engagement 2009-2010	Réel 2009-2010	Écart	Commentaires
Main-d'œuvre				
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,70	5,92	0,78	⊕ Économies réalisées VS prévision = 450 K\$
Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier	4,52	6,63	-2,11	⊖ Cible non atteinte.
Pourcentage de recours à de la main-d'œuvre indépendante en soins infirmiers	1,30	4,39	-3,09	⊖ Impact financier important. Pénurie de candidats et besoins additionnel requis par pandémie. A permis de réduire le TS obligatoire.
Pourcentage des postes infirmiers à temps complet	60,00	49,92	10,08	⊖ Malgré des affichages de postes, plusieurs infirmières ne désirent pas un poste à temps complet. Conversion de poste 0,4 en 0,7 + facile à combler.

La préoccupation constante pour le recrutement et la rétention du personnel a conduit à plusieurs actions : en plus de participer à plus de 27 activités de recrutement, salons de carrières et visites de maisons d'enseignement, la Direction des ressources humaines a organisé une journée carrière en février 2010. De plus, le programme « Ambassadeur » a vu le jour en 2009, programme qui vise à favoriser la référence de candidats par les membres du personnel du CSSS. En collaboration avec la Direction des soins infirmiers, un programme de préceptorat à l'intention des nouvelles diplômées comme infirmière ou infirmière auxiliaire a été mis sur pied pour les accompagner dans leurs deux premières années de travail. Ce programme a eu un effet très significatif sur la rétention des nouveaux employés, réduisant de 50 % les départs dans les deux premières années d'emploi au CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes.

Dans une préoccupation de rétention du personnel et de conciliation famille-travail, un groupe de travail a été mis sur pied en 2009-2010 afin d'élaborer un projet de garderie à l'intention des enfants des employés de l'établissement. Une entente de partenariat a été conclue avec un centre de la petite enfance de la région. Les travaux se poursuivront durant l'année 2010-2011 pour l'obtention des autorisations et la mise en place du service de garderie à proximité du centre hospitalier.

En 2009-2010, la Direction des ressources humaines a collaboré à la série de rencontres organisée par la Direction générale. Ces rencontres avec des groupes de 15 à 20 employés, dans un contexte plus informel, visent à favoriser les échanges entre la direction et les employés et à augmenter la compréhension du vécu et des attentes du personnel.

Dans le cadre du processus d'agrément, un sondage impartial sur la mobilisation des employés a été fait à l'hiver 2010. Les résultats obtenus dénotent une nette amélioration dans l'état de mobilisation qui est passé d'une cote de « 60 » en 2006, à une cote de « 69 » en 2010, ce qui est en ligne avec la moyenne québécoise qui est de « 70 ».

La Direction des services techniques

Projets majeurs de construction

L'année 2009-2010 a été marquée par la réalisation de projets majeurs de construction et de rénovation. Les investissements réalisés en cours d'exercice ont avoisiné les 30 M\$. Parmi les projets principaux, mentionnons la progression des travaux de l'agrandissement et le réaménagement de l'Hôpital de Saint-Eustache (25 M\$ sur 50 M\$), dont la livraison des ouvrages est prévue pour l'automne 2010, soit deux ans après le début du chantier. Mentionnons également l'occupation de la nouvelle aile au Centre d'hébergement de Saint-Benoît, en septembre 2009, dont les investissements ont totalisé près de 4 M\$ pour l'exercice 2009-2010.

En plus de respecter les nouvelles pratiques cliniques, il importe de souligner que ces deux projets majeurs ont permis d'intégrer une offre de service accrue en ce qui a trait aux activités d'alimentation. À l'hôpital, l'installation d'une cafétéria temporaire au 3^e étage a permis le maintien du service, mais surtout l'occupation des nouveaux locaux en mars 2010. Ces locaux ont permis de redonner aux employés, usagers et visiteurs une ambiance de la cafétéria rehaussée.

Du côté du Centre d'hébergement de Saint-Benoît, mentionnons que les nouveaux locaux intègrent l'approche milieu de vie, notamment en ce qui a trait à l'aménagement d'unités de soins s'apparentant à des maisonnées. Une visite de ces nouveaux locaux est

indispensable afin de bien saisir le virage important qui a été effectué pour le bien-être de notre clientèle.

Finalement, signalons les travaux au bloc A de l'hôpital pour les systèmes mécaniques, la salle de serveurs de relève, l'aménagement d'un parc pour nos résidents au Centre d'hébergement de Saint-Eustache, de même que la confection d'une nouvelle entrée pour cette même installation et plusieurs autres projets de moindre importance, totalisant 1 M\$, qui ont été réalisés dans le cadre du maintien des actifs.

Projets majeurs à l'étude

En plus de piloter ces dossiers de construction, la Direction des services techniques a orchestré le positionnement stratégique de dossiers importants, et ce, dans le cadre du Programme fonctionnel et technique (PFT) de l'urgence, des secteurs de lits de courte durée, de médecine nucléaire, de santé mentale, de dialyse et d'oncologie. Dans tous ces dossiers, les équipes cliniques et de soutien du CSSS ont été fortement mises à contribution, ce qui s'est traduit par le dépôt du PFT de l'urgence en décembre 2009, ainsi qu'une présentation concernant le positionnement stratégique de l'Hôpital de Saint-Eustache à l'Agence des Laurentides, en mars 2010.

Partenariat dans la communauté

La solution immobilière retenue repose sur un développement intégré du quadrilatère formé par l'autoroute 640, la rue Daoust, les boulevards Industriel et Arthur-Sauvé, basé sur une urbanisation sociosanitaire où quatre partenaires (le ministère des Transports du Québec (MTQ), la Ville de Saint-Eustache, un promoteur privé et le CSSS) se sont concertés et ont planifié les investissements pour les prochaines années, afin de concrétiser ce développement. Concrètement, la Ville de Saint-Eustache et le MTQ investiront 17 M\$, dans les deux prochaines années, pour la consolidation du réseau routier. Par ailleurs, un protocole d'entente est survenu à l'automne 2009 entre la Ville de Saint-Eustache, le promoteur privé et le CSSS, par lequel le CSSS recevra, sous la forme d'un don, un terrain de la Ville de Saint-Eustache d'une superficie de plus de 6 500 m² et d'une valeur de 460 000 \$. Évidemment, ces éléments viendront assurer la possible réalisation du PFT de l'urgence et des secteurs cliniques ci-haut mentionnés.

Analyse de besoins

En terminant, ajoutons qu'une étude a été réalisée dans le cadre de l'optimisation de l'occupation des locaux du CLSC Jean-Olivier Chénier. Cette étude confirmait qu'à court terme, le CSSS se devait d'augmenter sa superficie locative de près de 1 000 m².

Plan de mesures d'urgence

Dans le cadre des mesures d'urgence, nous avons réalisé plusieurs exercices de simulation, tel qu'exigé par Agrément Canada, et ce, pour l'ensemble des quarts de travail et des installations. De plus, nous avons joué un rôle important dans l'actualisation du Plan local de lutte contre la pandémie d'influenza A(H1N1). En effet, nous avons procédé à l'installation temporaire d'un site non traditionnel (SNT), incluant la conclusion d'un bail et l'aménagement de locaux de services dans l'édifice d'un ancien concessionnaire automobile, situé à proximité de l'hôpital. Ces aménagements ont été réalisés afin de respecter les exigences associées à la vaccination de masse et à divers services ambulatoires. La planification du SNT hospitalisation a également été réalisée mais, heureusement, la portée de la pandémie de l'année dernière ne nous a pas obligés à le déployer.

Entente de gestion

Finalement, le service de la salubrité, buanderie et lingerie s'est également distingué en cours d'exercice, notamment en supportant l'organisation dans la baisse du taux des infections nosocomiales. En plus de la baisse du taux d'infection, une diminution du nombre de plaintes fut également observée, et ce, en relation avec l'importance mise à l'égard du contrôle de la qualité et des moyens mis de l'avant pour l'atteinte de ces résultats.

Le tableau suivant présente les résultats atteints :

	Engagement 2009-2010	Réel 2009-2010	Écart	Commentaires
Pourcentage des établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité	50	25	25	Les employés de la salubrité affectés aux projets de la construction et de la pandémie. Reprise des activités en 2010-2011.

La Direction des ressources informationnelles et du génie biomédical

L'année 2009-2010 a vu la réalisation de la phase 2 du déploiement pour donner accès au dossier-patient électronique, aux résultats de laboratoire et aux images de radiologie dans les quatre GMF de la région et à la clinique des urologues de la Polyclinique Concorde.

La Direction des ressources informationnelles et du génie biomédical a également mis en place une salle de relève des serveurs critiques et rehaussé l'infrastructure technologique dans le cadre de la nouvelle construction à l'hôpital. La Direction a aussi été interpellée pour l'installation technologique du centre de vaccination pour le nouveau CLSC Mirabel.

Finalement, l'arrivée d'un ingénieur biomédical, chef du service de génie biomédical, a permis le suivi du volet biomédical de divers projets, tels le Programme fonctionnel et technique de l'urgence et le projet de médecine nucléaire, ainsi que l'agrandissement de l'hôpital, touchant les soins intensifs, le bloc opératoire, la stérilisation et la radiologie. Son expertise permettra également de réviser les orientations stratégiques pour l'utilisation sécuritaire de la technologie biomédicale.

Principales modifications en 2009-2010

- Mise en place d'une infrastructure pour supporter 98 nouveaux accès aux applications Chartmaxx, TD-Web et Synapse, en provenance des Groupes de médecine familiale (GMF). De plus, nous avons installé des lecteurs biométriques pour l'ensemble des postes afin de rendre les accès à ces applications plus conviviaux et sécuritaires.
- Ajout d'une salle de relève des serveurs critiques. Cette nouvelle salle hébergera différents serveurs munis de mécanismes de réplication des données et de relève

en cas de sinistre ou de panne des serveurs de la salle principale. Cet ajout garantira au CSSS une robustesse, une fiabilité et une haute disponibilité des systèmes assurant ainsi une meilleure continuité des services.

- Suivis technologiques périodiques du service de génie biomédical pour les départements critiques : radiologie, laboratoires, stérilisation, bloc opératoire. Le processus se poursuit en 2010-2011 avec les autres départements et sites du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes.
- Rehaussement de notre système de dictée et de transcription numérique. Ce rehaussement est une étape préalable pour l'implantation du projet régional de dictée pour le secteur de la radiologie. Cette nouvelle version permettra de faire la dictée à partir d'un poste de travail interfacé avec le PACS (Synapse) et le SIR (Radimage). Afin de satisfaire les besoins des établissements et ceux du technocentre de la région des Laurentides, le fournisseur du système de dictée et de transcription, COMDIC, s'engage à fournir une interface entre notre serveur et le serveur régional de dictée.
- Mise en place d'un nouveau système pour l'accueil clinique. Ce système rend plus fluides les relations entre le CSSS et les médecins des cliniques en ce qui a trait à l'utilisation des plateaux techniques et des consultations en spécialité et offre une plus grande prévisibilité par un délai de prise en charge garanti. Il permet également de réduire les visites à l'urgence et d'optimiser l'utilisation des plateaux techniques et des consultations en fournissant une masse critique de référencement structurés.

Le Service d'animation spirituelle

Les objectifs essentiels du Service d'animation spirituelle sont l'écoute psychospirituelle et le « dépistage » des ressources intérieures des personnes hospitalisées ou hébergées et de leurs proches (quelles que soient leurs convictions religieuses), dans la traversée des situations difficiles qu'elles vivent.

Les activités d'animation spirituelle sont dispensées dans les sites suivants de notre CSSS : hôpital, Centre d'hébergement de Saint-Eustache et Centre d'hébergement de

Saint-Benoît, par une équipe de quatre personnes, toutes à temps partiel, totalisant 64 h 50 ou 1,85 poste d'emploi.

Selon les unités de mesure en 2009-2010, 889 personnes hospitalisées ou hébergées ont été visitées (habituellement plusieurs fois chacune). Les activités qui leur sont proposées sont des visites d'accueil, des accompagnements spirituels et religieux, des activités sacramentelles (onction des malades, communion, pardon), du soutien lors de diagnostic sévère, de fin de vie, de mortinaissance. Des activités communautaires (célébrations eucharistiques, liturgies de la parole) sont également offertes, principalement dans les centres d'hébergement.

Des situations difficiles vécues à l'hôpital (grippe A(H1N1), débordement à l'urgence) ont conduit à l'utilisation de la chapelle comme lieu d'accueil des patients, ce qui a occasionné des inquiétudes certaines chez plusieurs personnes hospitalisées et empêché la célébration régulière de la messe. Il faut espérer que, dans un avenir prochain, ce lieu de recueillement, essentiel aux yeux de plusieurs, puisse retrouver sa fonction première.

Des récentes *Orientations ministérielles* (février 2010) nous invitent à une transformation profonde et bienvenue : la pastorale deviendra un *service d'animation spirituelle*. Cette nouveauté vise le développement d'une attention professionnelle aux diverses expériences spirituelles et religieuses actuelles. Toutefois, depuis plusieurs années, la philosophie de notre service s'inscrit dans une telle perspective.

En terminant, il faut citer ce mot d'une dame atteinte de sclérose en plaques dont le réseau de soutien est quasi inexistant... Elle disait, suite à un accompagnement continu de notre part, « *Une chance que nous vous avons.* »

L'organisation communautaire

L'équipe d'organisation communautaire a connu une année très active et a poursuivi son engagement soutenu dans le développement de notre communauté.

Pendant l'année, l'équipe a offert son soutien aux 11 tables de concertation du territoire, dont la nouvelle table de concertation en itinérance. De plus, elle a soutenu un partenariat entre la table santé mentale et la table en violence conjugale et familiale qui a permis l'organisation d'une formation sur l'homicide très appréciée des intervenants.

En collaboration avec la table de concertation 3^e âge, l'équipe s'est jointe à l'organisation de la Journée internationale des aînés 2010 dont la MRC de Deux-Montagnes sera l'hôte le 3 octobre prochain. L'équipe a aussi participé à une démarche concertée régionale et locale concernant l'amélioration des services offerts aux proches-aidants.

Mentionnons également la collaboration de l'organisation communautaire à la mise en place d'une entente concertée entre cinq offices municipaux d'habitation (OMH) et deux organismes sans but lucratif (OSBL) qui couvrent 15 installations de 508 logements pour l'offre de soutien communautaire en logement social.

Avec le Regroupement pour le développement social, l'équipe a joint ses efforts à l'organisation d'une journée d'échange, en janvier 2010, qui a permis aux participants un temps de réflexion afin de cibler la contribution de chacun au développement de la communauté et au développement social.

En 2009-2010, l'équipe d'organisation communautaire a aussi mené à terme l'élaboration d'un projet régional en sécurité alimentaire dont la réalisation se fera localement.

L'équipe a également poursuivi son soutien au déploiement de Québec en forme sur le territoire. De plus, elle a collaboré à l'adhésion d'une première entreprise privée au programme 0-5-30.

Avec le soutien actif de l'équipe, le Transport collectif région Deux-Montagnes a produit un document de travail sur le transport des personnes vulnérables sur le territoire de la MRC de Deux-Montagnes et Sud de Mirabel et a organisé avec les partenaires concernés une journée d'échange sur ce sujet.

Les partenaires du comité d'action locale Québec-Enfants Deux-Montagnes/Sud de Mirabel ont quant à eux déposé leur première planification stratégique à Avenir d'enfants, démarche à laquelle l'équipe a participé activement. Les activités sont développées pour soutenir le développement global des enfants de moins de cinq ans vivant en situation de pauvreté afin que chacun d'eux ait un bon départ dans la vie.

En terminant, ajoutons qu'en octobre 2009, l'équipe d'organisation communautaire a participé à l'organisation d'une rencontre de partenariat entre les organismes

communautaires de la MRC de Deux-Montagnes et la partie sud de celle de Mirabel et le CSSS visant à identifier des pistes d'action pour améliorer l'accès aux services.

Nos bénévoles

Au 31 mars 2010, notre organisation comptait 184 bénévoles, répartis dans trois de nos quatre installations, qui ont consacré généreusement plus de 20 000 heures dans différentes sphères d'activités.

Un nouveau programme a débuté ses activités à l'automne 2009 dans le cadre du projet RÉVA, le *Réseau d'éclaireurs et de veilleurs pour les aînés*. Les bénévoles « veilleurs » sont jumelés avec des personnes âgées qui présentent un risque de perte d'autonomie et ils leur rendent visite une fois semaine. Un mécanisme de vérification des antécédents judiciaires a été intégré au processus de recrutement afin de protéger notamment cette nouvelle clientèle vulnérable.

Dans le cadre de la vaste opération de vaccination contre la grippe A(H1N1), menée en novembre et décembre derniers, plus de 100 bénévoles se sont étroitement impliqués pour mener à bien cette tâche colossale. Ils ont fait preuve de patience et d'une grande souplesse compte tenu des nombreux imprévus et réajustements requis tout au long de cette aventure.

En ce qui a trait au volet levée de fonds, c'est avec fierté que l'Association des bénévoles remettait à la Fondation Hôpital Saint-Eustache un montant de 50 000 \$ en décembre dernier qui vient s'ajouter à la somme de 227 000 \$ remise au cours des cinq dernières années. Des énergies ont d'autre part été consacrées à la préparation du déménagement et au réaménagement de la boutique cadeau *La Douce Pensée* qui ouvrira ses portes au cours de l'année, dans de nouveaux locaux métamorphosés, dans le but d'accroître les profits générés pour la Fondation de l'hôpital.

Enfin, le recrutement de bénévoles demeure une préoccupation quotidienne afin d'assurer la relève, de maintenir et augmenter le niveau de service offert et de répondre aux défis qui se présenteront dans le futur.

En terminant, nous disons bravo et merci à tous nos bénévoles pour leur rôle important au sein de notre CSSS!



Sommaire du rapport d'examen des plaintes et de la promotion des droits

L'année 2009-2010 a permis d'améliorer la promotion du régime d'examen des plaintes et de donner une plus grande visibilité au régime dans chacune des quatre installations du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes.

De concert avec les différentes directions du CSSS, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a poursuivi la réalisation du processus de suivi des mesures recommandées dans le but d'atteindre l'objectif recherché par la procédure d'examen des plaintes.

En partenariat avec le Service des communications du CSSS, l'année 2009-2010 a vu la mise en œuvre d'une campagne de promotion des droits et obligations des usagers par la diffusion d'affiches et de feuillets. Ensuite, conjointement avec le comité des usagers du CSSS, des articles sur les droits et obligations des usagers ont été publiés dans le journal local et dans le journal interne du CSSS.

Mentionnons qu'en 2009-2010, le délai du traitement des plaintes des usagers prescrit par la Loi sur les services de santé et les services sociaux a été respecté. Le délai moyen de traitement a été de 22 jours. Nous constatons une augmentation de 9 % du nombre de dossiers traités au bureau du commissaire comparativement à l'année précédente.

Des deux dossiers de plainte pour l'année 2008-2009 qui avaient fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen, il y a eu un dossier dont le Protecteur a recommandé à l'établissement une mesure visant l'amélioration des services.

Pour ce qui est de 2009-2010, trois dossiers ont fait l'objet d'un recours auprès du Protecteur du citoyen. Il reste, depuis septembre 2009, un dossier actif à cette instance.

Des 169 dossiers regroupés plaintes et interventions, il y a eu neuf dossiers qui ont généré des recommandations à l'établissement. Quatre dossiers demeurent en attente d'un retour quant aux recommandations émises.

Il nous faut souligner de façon toute spéciale, l'engagement de la Direction de la clientèle en perte d'autonomie et ses gestionnaires pour l'élaboration et l'application d'un plan d'action qui a découlé d'une demande d'intervention systémique dans les installations des centres d'hébergement de soins de longue durée du CSSS afin de contribuer à l'amélioration continue de la qualité de vie des résidents.

Aussi, toujours concernant cette même direction, une mention spéciale est faite ici, pour la promptitude des gestes qui ont été posés par les autorités, face à une demande d'intervention en ressource intermédiaire, en rapport à la réfection des installations de cette ressource pour assurer la sécurité des résidents.

En conclusion, encore une fois cette année, il nous est permis de conclure que le traitement objectif des insatisfactions des usagers, l'implication des gestionnaires et l'engagement des intervenants de tous les niveaux font foi d'une recherche constante d'amélioration de la qualité des services que rend le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes à sa population.

<i>Nombre de dossiers gérés au bureau du clpqs :</i>	308
Plaintes.....	95
Plaintes médicales.....	22
Interventions	74
Assistances.....	95
Consultations.....	22
<i>Objets d'insatisfaction de l'ensemble des dossiers</i>	
Accessibilité.....	104
Aspect financier	42
Droits particuliers.....	35
Organisation du milieu et ressources matérielles.....	34
Relations interpersonnelles	58
Soins et services dispensés.....	65
Autres objets de demandes.....	1
<i>Satisfaction des usagers</i>	
Lettres de remerciements reçues.....	204

Le comité de vigilance et de la qualité

Le comité de vigilance et de la qualité est composé de trois membres du conseil d'administration soit Michel Viau, Donald Tremblay, Gilles Mailloux, du directeur général, Roch Martel, et du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, Réjean Bardier. Il s'est réuni à trois reprises durant l'année 2009-2010.



Conseils et comités de l'établissement

Conseil des infirmiers et infirmières (CII)

- Manon Dinél, présidente
- Mélisa Lallier, vice-présidente
- Marie-Claude Duval, secrétaire
- Lucie Marchand, agente de communication
- Chantale Séguin, trésorière
- Roch Martel, directeur général
- Josée Morse, directrice des soins infirmiers et de la qualité (jusqu'à juin 2009)
- Diane St-Georges, directrice intérimaire des soins infirmiers (jusqu'à mars 2010)
- Nathalie Rochette, directrice des soins infirmiers (depuis mars 2010)
- Sylvain Parent, représentant du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires
- Josée Lauzon, membre désigné au conseil d'administration

Faits saillants

Pendant l'année, le conseil exécutif du comité des infirmières et des infirmiers (CECII) a assuré le suivi du dossier portant sur l'administration sécuritaire des médicaments. Dans le cadre du comité des erreurs de médicaments, il y a eu une évaluation proactive du processus d'administration de l'insuline en centre d'hébergement.

Le conseil a également assuré le suivi du plan d'action en regard des infections nosocomiales, ainsi que le suivi du processus d'agrément.

Par ailleurs, plus de 60 infirmières ont participé à une formation de trois heures organisée par le CECII. Intitulée « L'évaluation clinique rapide : tête aux pieds », cette formation a été offerte aux membres du CII ainsi qu'aux infirmières partenaires.

Suite au dépôt du rapport de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), le comité de l'inspection professionnelle sur lequel siège trois membres du CECII a retenu deux situations cliniques pour lesquelles la pratique est à améliorer : l'évaluation clinique de l'usager ayant chuté et le dépistage du risque de plaie de pression. Un plan d'action a

été élaboré et approuvé par l'OIIQ en juin 2009. Le CECII assure le suivi du plan d'action.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

- Docteur Paul-André Hudon, président
- Docteur Éric Auger
- Docteure Sandra Bernier
- Docteur Michel Cardin
- Docteur Karine Guindon
- Docteur Benoit Guertin
- Docteure Marie-Claude Sirois
- Docteur Michel Trudeau
- Docteur André Simard, directeur intérimaire des services professionnels
- Monsieur Roch Martel, directeur général

Faits saillants

En 2009-2010, le comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) a adopté les résolutions découlant des recommandations de ses divers comités et en a assuré le suivi. Il a aussi étudié et adopté plusieurs protocoles cliniques et revu et adopté plusieurs ordonnances collectives.

L'exécutif du CMDP a également fait plusieurs recommandations en lien avec l'organisation des soins, soit en regard des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM), le choix des candidats, ainsi que des recommandations quant à l'organisation technique, tels les équipements médicaux spécialisés.

Le comité a rencontré la Direction de la santé physique ainsi que la Direction des soins infirmiers afin de discuter des soins nursing et, finalement, il a pris les mesures nécessaires pour supporter des médecins de l'équipe de l'urgence et de l'hospitalisation.

Pour jouer son rôle, le CMDP compte plusieurs comités. Nous vous présentons ci-dessous quelques-unes des réalisations de certains de ces comités pour l'année 2009-2010.

Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique

Cette année, le comité a procédé principalement à une restructuration de son fonctionnement de façon à ce qu'il soit le prolongement de l'évaluation faite au sein de chaque département.

Le comité s'est aussi penché sur :

- La révision de l'ordonnance de non-réanimation;
- L'établissement d'un protocole de congé post-analgésie narcotique à l'urgence, de concert avec le comité de pharmacologie.

Finalement, une boîte à suggestions a été installée de façon à susciter l'apport de tous les médecins au regard du maintien et de l'amélioration de la qualité.

Comité de pharmacologie

Durant l'année, plusieurs demandes d'ajouts au formulaire thérapeutique du CSSS ont été étudiées et acceptées. Le comité a aussi supervisé la mise à jour de la liste des substitutions médicamenteuses en aérosolthérapie.

De plus, le formulaire de prescription préécrite des anticoagulants a été achevé et diffusé. À la demande de la Direction des soins infirmiers, le comité a également révisé les ordonnances collectives concernant plusieurs médicaments.

Le comité s'est longuement penché sur le problème de la surveillance nécessaire lors de l'administration parentérale de médicaments en dehors du cadre de l'hôpital, soit à domicile, en CLSC ou en CHSLD. Ces travaux ont mené à l'élaboration d'une liste de médicaments nécessitant une surveillance particulière, définie pour chacun et valable pour tout le CSSS. Cette liste est en processus de finalisation avec la Direction des soins infirmiers et le département de pharmacie. Elle se retrouvera dans tout le CSSS et sera intégrée à un document d'aide au personnel infirmier où on spécifie aussi les modes de préparation, d'administration de tous les médicaments parentéraux.

Ajoutons qu'actuellement plusieurs protocoles concernant l'administration de certains médicaments intraveineux sont en processus d'adoption. Le but de ces protocoles est de faciliter et uniformiser la prescription.

Comité scientifique de contrôle et prévention des infections

Ce comité a fait des recommandations touchant la prévention et la réduction des infections. Il a également soulevé que certaines recommandations antérieures n'ont pas encore eu de suite comme la création de cohortes isolées pour les infections nosocomiales et le règlement des zones grises en hygiène et en salubrité.

Comité de pharmacovigilance

Le comité s'est intéressé principalement à l'élaboration de la règle obligeant le renouvellement des ordonnances des antibiotiques après sept jours de traitement. De plus, le comité a continué la surveillance de l'antibiorésistance des bactéries en rapport avec l'usage des médicaments antimicrobiens.

Le comité s'est aussi intéressé à la consommation des antibiotiques en milieu hospitalier. Pour terminer, mentionnons que le comité a aussi recommandé que le guide thérapeutique en usage à l'hôpital soit aussi disponible dans les centres d'hébergement.

Conseil multidisciplinaire (CM)

- Madame Marie Bergeron, présidente
- Madame Manon Gaudreault, vice-présidente
- Madame Véronique Laurin, secrétaire
- Madame Annie Lapierre
- Monsieur Robert Leduc
- Madame Danielle Leroux
- Madame Élisabeth Lucio
- Madame Lorraine Rooke
- Monsieur Roch Martel, directeur général
- Monsieur Christian Gagné, directeur général adjoint
- Madame Joanne Béland, directrice adjointe des services professionnels

Faits saillants

En 2009-2010, le comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) a créé quatre comités de pairs : ergothérapie, nutrition clinique, physiothérapie/thérapie en réadaptation physique et travail social, dans le but de contribuer à la réussite de la réorganisation découlant du projet Défi continuum.

Les objectifs visés par les comités de pairs étaient d'établir un continuum de services axé sur le client, d'éviter un dédoublement des tâches des professionnels d'un site à l'autre du CSSS et de respecter la spécificité de chaque discipline dans un but d'efficience.

Ces comités ont permis de renforcer les liens entre les professionnels des différents sites du CSSS qui sont maintenant regroupés sous une même direction (Direction de la clientèle en perte d'autonomie). Les suivis systématiques de clientèles proposés ont été bien accueillis par le CECM, par les directeurs concernés et par les membres du comité Défi continuum. Les travaux sont très pertinents pour la démarche de réorganisation en cours et devront être utilisés et bonifiés ultérieurement dans la démarche d'implantation du changement.

Parmi les autres dossiers de l'année, le CM a reçu et assuré le suivi d'un avis déposé par les travailleurs sociaux, concernant la restructuration et le rôle professionnel des travailleurs sociaux de l'Hôpital de Saint-Eustache. Également, le CECM s'est positionné en déposant un avis au directeur général, en réponse à la recommandation de cessation de services professionnels pour certaines clientèles qui devait être discutée au conseil d'administration de décembre 2009.

En terminant, les trois objectifs principaux que le conseil multidisciplinaire s'était donné pour l'année 2009-2010 ont globalement été atteints. Ils étaient de faire la promotion des comités de pairs, d'être proactif dans les avis concernant la qualité des services et d'améliorer la visibilité du conseil multidisciplinaire.

Comité des usagers

- Madame Line Readman, présidente
- Monsieur Jean-Claude Laforest, vice-président
- Monsieur Guillaume Parent, secrétaire-trésorier
- Madame Francine Gagné
- Madame Jacqueline Joseph
- Monsieur Bernard Leclerc
- Monsieur Georges Méthot
- Monsieur Romain Proulx
- Monsieur H.-Jules Sauvé

Comités de résidents

Centre d'hébergement de Saint-Benoît

- Monsieur Romain Proulx, président
- Madame Diane Nestowick, vice-présidente
- Madame Marguerite Colangelo
- Madame Rose-Emma Roy

Nous remercions chaleureusement mesdames Gabrielle Dupuis et Marie-Jeanne Paquette pour leur implication.

Centre d'hébergement de Saint-Eustache

- Madame Julienne Chouinard, présidente
- Monsieur Bernard Leclerc, vice-président
- Monsieur Guy Allard
- Monsieur Yves Duquette
- Madame Bernadette Monette
- Madame Suzanne Paquette

Nous remercions chaleureusement mesdames Gisèle Lavallée, Irène Larivière et Gertrude Mc Phee pour leur implication.

Faits saillants

Plusieurs dossiers ont retenu notre attention en 2009-2010. Mentionnons, à titre d'exemples, la satisfaction des services pour les personnes en fauteuil adapté, les élections du comité des usagers et des deux comités de résidents, le projet Défi

continuum, les services en soutien à domicile, la démarche pour obtenir l'agrément et l'organisation d'une Semaine de l'utilisateur au CSSS pour mai 2010.

Entre autres, nous avons mené un sondage de satisfaction quant à l'entretien, la réparation et l'adaptation des fauteuils adaptés auprès des usagers résidents des centres d'hébergement de Saint-Eustache et de Saint-Benoît. Ce sondage nous aura permis d'identifier clairement certains problèmes à résoudre. Nous avons pu en parler avec la Direction de la clientèle en perte d'autonomie de façon à améliorer la situation.

En partenariat avec le commissaire local aux plaintes, nous avons aussi débuté la diffusion mensuelle de chroniques sur les droits des usagers dans le journal local. De plus, nous avons procédé à un affichage pour diffuser le rôle et les coordonnées du comité des usagers, en même temps que la campagne d'affichage du commissaire aux plaintes.

D'autre part, des articles ont été publiés dans le journal interne du CSSS afin de souligner les bons coups réalisés et sensibiliser tous et chacun à l'importance de la qualité des services.

Dans nos deux centres d'hébergement, divers sujets ou problématiques ont été soulevés et discutés pendant l'année, puis portés à l'attention de la direction de l'établissement. Dans plusieurs cas, les conclusions ont satisfait les usagers et, dans d'autres, les usagers ont déjà constaté des améliorations. Certains points demeurent en attente de réponse. Le comité des résidents tient à souligner le grand souci de collaboration développé, de part et d'autre durant l'année, avec les gestionnaires des services.

En conclusion, ajoutons que le comité des usagers et les comités de résidents ont mis beaucoup d'énergie cette année afin de consolider les liens avec les différentes directions du Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes. Nous croyons qu'il est important de cheminer tous ensemble pour l'amélioration des services offerts par notre CSSS.

Comité de gestion des risques

- Madame Claudine Simard, présidente
- Madame Johanne Bélanger, vice-présidente
- Madame Michèle Archambault, secrétaire
- Madame Roxanne Desjardins
- Madame Manon Diné
- Madame Diane Girard
- Madame Caroline Lavigne
- Monsieur Rock Paquet

La gestion des risques

Malgré les activités qui ont entouré la pandémie de grippe A(H1N1) et la préparation de la visite supplémentaire d'Agrément Canada, l'année 2009-2010 aura malgré tout été particulièrement active en ce qui concerne la gestion des risques. Pour le démontrer, il nous suffit de noter que l'année s'est soldée par 5 015 rapports de déclarations incident/accident, ce qui représente une augmentation de 27 % par rapport à l'année 2008-2009. Tous ces rapports ont été traités et les mesures de suivi appropriées ont été mises en place. Cette augmentation importante du taux de déclaration s'explique en grande partie par les changements de pratiques et de culture au laboratoire, changements initiés notamment grâce à la mise aux normes ISO visant à augmenter la qualité des services offerts dans ce secteur d'activité.

Parmi les réussites dont l'établissement peut être fier, notons les 25 pratiques organisationnelles requises (POR) en matière de sécurité demandées par Agrément Canada qui ont toutes été rencontrées avec succès sans aucune demande de suivi. Par ailleurs, au chapitre des bons coups, il faut souligner les travaux du comité de gestion des erreurs de médicaments qui a travaillé activement à l'identification et à l'actualisation de moyens visant à réduire le nombre d'erreurs de médicaments dans le contexte hospitalier. Enfin, l'année a également été marquée par l'application du protocole clinique pour la surveillance et l'application des mesures de contention.

Le défi de la gestion de l'information

L'implantation de l'application web du Système d'information sur la sécurité des soins et services (SISSS) a représenté un véritable défi cette année et a mis en perspective l'un

des grands enjeux qui attend l'organisation au cours des deux prochaines années : l'articulation des systèmes de gestion et d'information du programme d'amélioration continue.

L'établissement dispose de balises et de référentiels permettant un exercice de comparaison et de mise en perspective. Toutefois, la circulation et la coordination de l'information, sa périodicité et son degré de consolidation ne correspondent pas à la structure d'objectifs du programme.

Les réflexions à amorcer doivent permettre la mise en œuvre de moyens visant à regrouper, classer, traiter et diffuser toute l'information pertinente afin que les gestionnaires puissent analyser les situations, anticiper les évolutions et réagir rapidement si les délais l'exigent.

États financiers et analyse des résultats des opérations

Fonds d'exploitation

Résultat 2009-2010

Revenus	CSSS	
	2009-2010	2008-2009
	dollars \$	dollars \$
Agence des Laurentides	121 905 040	114 224 455
Autres établissements	-	-
Usagers	6 961 558	7 222 704
Ventes de services	624 328	615 929
Recouvrements	886 348	883 468
Donations	40 314	10 488
Autres	197 629	165 947
	130 615 217	123 122 991

Dépenses	2009-2010	2008-2009
	dollars \$	dollars \$
Salaires et avantages sociaux	87 805 082	80 423 804
Charges sociales	9 435 337	10 360 397
Médicaments	3 525 961	3 252 512
Produits sanguins	2 277 445	2 266 603
Fournitures médicales et chirurgicales	6 418 033	5 460 381
Denrées alimentaires	1 354 920	1 468 491
Autres	23 663 760	23 957 285
	134 480 538	127 189 473
<i>Excédent des charges sur les revenus d'activités principales</i>	<i>(3 865 321)</i>	<i>(4 066 482)</i>
<i>Excédent des revenus sur les charges d'activités accessoires</i>	<i>332 321</i>	<i>428 997</i>
<i>Excédent des charges sur les revenus du fonds d'exploitation</i>	<i>(3 533 000)</i>	<i>(3 637 485)</i>

Bilan au 31 mars 2009

Actif		
À court terme	2009-2010	2008-2009
	\$	\$
Encaisse	2 562 096	2 530 956
Comptes à recevoir :		
- Agence et MSSS	6 178 084	4 100 418
- Autres	1 558 359	1 797 689
Charges payées d'avance	636 271	601 315
Stocks	2 910 137	2 536 429
Fonds d'immobilisations	-	-
Créances interfonds	-	-
Autres éléments	1 333	1 493
	<i>13 846 280</i>	<i>11 568 300</i>
Autres éléments d'actif	2009-2010	2008-2009
	\$	\$
Subvention à recevoir - réforme comptable	8 830 711	9 605 408
Autres éléments d'actif	524 088	583 139
	<i>9 354 799</i>	<i>10 188 547</i>
Total de l'actif	23 201 079	21 756 847

Passif		
À court terme	2009-2010	2008-2009
	\$	\$
Découvert bancaire	-	-
Emprunts	51 000 000	45 000 000
Créditeurs - Agence et MSSS	-	-
Autres créditeurs	20 894 542	21 505 514
Dettes Interfonds :		
- Fonds d'immobilisations	80 384	81 716
Revenus reportés :		
- Agence	1 664 813	795 135
- Autres		
Autres éléments :		
	<i>73 639 739</i>	<i>67 382 365</i>
Autres éléments	2009-2010	2008-2009
	\$	\$
Autres éléments du passif	219 483	96 895
Total du passif	73 859 222	67 479 260
Solde de fonds	(50 658 143)	(45 722 413)
Total du passif et du solde de fonds	23 201 079	21 756 847

Dépenses par secteur d'activité

Secteur d'activité	\$	Pourcentage
Mission CLSC		
Soutien à domicile	7 105 824	5,4 %
Autres (info-santé, orthophonie, gestion programmes)	2 501 672	1,9 %
Programme santé publique	839 158	0,6 %
Programme services généraux - activités cliniques et d'aide	2 164 892	1,6 %
Programme santé physique	95 428	0,1 %
Programme santé mentale	1 175 099	0,9 %
Programme jeunes en difficulté	1 450 510	1,1 %
Programme dépendances	6 420	0,0 %
Programme déficience physique	112 458	0,1 %
Programme déficience intellectuelle et TED	224 662	0,2 %
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité	-	0,0 %
Administration et soutien aux services	1 901 486	1,4 %
Gestion des bâtiments et des équipements	404 682	0,3 %
Mission CH		
Autres (urgence, pharmacie, réadaptation, services sociaux)	15 847 042	12,0 %
Programme santé publique	792 740	0,6 %
Programme services généraux - activités cliniques et d'aide	1 836 869	1,4 %
Programme santé physique	49 280 059	37,2 %
Programme perte d'autonomie liée au vieillissement	-	0,0 %
Programme santé mentale	818 325	0,6 %
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité	7 238	0,0 %
Administration et soutien aux services	16 191 039	12,2 %
Gestion des bâtiments et des équipements	6 527 238	4,9 %
Mission CHSLD		
Non exclusifs à un programme	1 757 572	1,3 %
Programme santé physique	130 582	0,1 %
Programme perte d'autonomie liée au vieillissement	13 506 307	10,2 %
Personnel bénéficiant de mesures de sécurité	-	0,0 %
Administration et soutien aux services	5 277 307	4,0 %
Gestion des bâtiments et des équipements	2 525 521	1,9 %
Total des charges brutes des centres d'activités	132 480 130	
(excluant les charges non réparties et les transferts de frais généraux aux activités accessoires)		

Données statistiques

Admissions				
	2009-2010	2008-2009	Variation	Variation %
Jours-présence courte durée	59 530	62 303	(2 773)	-4 %
Jours-présence longue durée	94 046	97 250	(3 204)	-3 %
Admissions				
<i>Courte durée (mouvement des usagers)</i>	8 240	9 312	(1 072)	-12 %
<i>Longue durée</i>	233	167	66	40 %
<i>Soins-natalité (mère seulement)</i>	1 599	1 602	(3)	0 %
Total admissions	10 072	11 081	(1 009)	-9 %

Soins d'un jour				
	2009-2010	2008-2009	Variation	Variation %
Nombre d'usagers par secteur				
<i>Chirurgie d'un jour</i>	2 964	2 918	46	2 %
<i>Médecine de jour</i>	17 075	16 395	680	4 %
Total des soins d'un jour	20 039	19 313	726	4 %

Soins ambulatoires				
	2009-2010	2008-2009	Variation	Variation %
Nombre de visites				
<i>Consultations externes</i>	87 361	80 888	6 473	8 %
<i>Urgence</i>	39 221	40 949	(1 728)	-4 %
Total des soins ambulatoires	126 582	121 837	4 745	4 %

Bloc opératoire et endoscopie				
	2009-2010	2008-2009	Variation	Variation %
Nombre d'usagers				
<i>Bloc opératoire - usagers</i>	7 158	5 854	1 304	22 %
<i>Endoscopie - examens</i>	6 179	6 950	(771)	-11 %
Total bloc op. et endoscopie	13 337	12 804	533	4 %

(1) excluant le transfert de la chirurgie mineure

Données statistiques (suite)

Autres services dispensés à la mission CH				
	2009-2010	2008-2009	Variation	Variation
<i>Alimentation (repas) CSSS</i>	735 564	746 986	(11 422)	-2 %
<i>Services sociaux (usagers)</i>	4 430	3 612	818	23 %
<i>Électrophysiologie (unité tech. prov.)</i>	443 295	482 297	(39 002)	-8 %
<i>Imagerie médicale (unité tech. prov.)</i>	1 792 185	1 708 340	83 845	5 %
<i>Inhalothérapie (unité tech. prov.)</i>	2 335 472	2 282 448	53 024	2 %
<i>Audiologie (hres prestation serv.)</i>	1 526	1 528	(2)	0 %
<i>Ergothérapie (hres prestation serv.)</i>	8 980	9 194	(214)	-2 %
<i>Orthophonie (hres prestation serv.)</i>	1 350	1 399	(49)	-4 %
<i>Physiothérapie (hres prestation serv.)</i>	19 315	18 861	454	2 %
<i>Laboratoires (procédures pondérées)</i>	6 431 847	6 583 897	(152 050)	-2 %

Autres services dispensés à la mission CLSC				
	2009-2010	2008-2009	Variation	Variation
<i>Soins infirmiers à domicile (usagers)</i>	2 895	3 064	(169)	-6 %
<i>Inhalothérapie (usagers)</i>	481	665	(184)	-28 %
<i>Santé parentale & infantile (usagers)</i>	4 815	4 764	51	1 %
<i>Aide à domicile (usagers)</i>	443	481	(38)	-8 %
<i>Santé dentaire (usagers)</i>	6 314	5 698	616	11 %
<i>Serv. psychosoc. domicile (usagers)</i>	811	752	59	8 %
<i>Serv. psychosoc. autres (usagers)</i>	774	803	(29)	-4 %
<i>Serv. psychosoc. jeunes+famille (usagers)</i>	1 834	1 824	10	1 %
<i>Prévention protection santé pub. (usagers)</i>	4 868	5 004	(136)	-3 %
<i>Services milieu scolaire (usagers)</i>	5 153	4 375	778	18 %
<i>Ergothérapie-physiothérapie dom. (usagers)</i>	741	702	39	6 %

Autres services dispensés à la mission CHSLD				
	2009-2010	2008-2009	Variation	Variation
<i>Physiothérapie (jour-traitement)</i>	5 799	6 563	(764)	-12 %
<i>Ergothérapie (jour-traitement)</i>	1 470	1 476	(6)	0 %
<i>Animation-loisirs (participation)</i>	35 809	37 358	(1 549)	-4 %
<i>Centre de jour (présence)</i>	5 987	5 656	331	6 %

Le tableau suivant présente les résultats atteints :

	Engagement 2009-2010	Réel 2009-2010	Écart	Commentaires
Engagement de la cible déficitaire maximale signifiée	3 650 778 \$	3 533 000 \$	117 778 \$	☺ Cible atteinte.

Rapport du vérificateur sur les états financiers

Nom de l'établissement
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes

Code
1104-4443

Page
120-00

Rapport du vérificateur externe

exercice terminé le 31 mars 2010

Aux membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux du Lac-des-Deux-Montagnes.

Nous avons vérifié les états financiers, renseignements complémentaires, données et annexes énumérés à la table des matières du rapport financier annuel du CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU LAC-DES-DEUX-MONTAGNES de l'exercice terminé le 31 mars 2010, lequel a été présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux, en conformité avec l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. La responsabilité de ce rapport financier annuel incombe à la direction de l'établissement. Notre responsabilité consiste, en nous fondant sur notre vérification, à exprimer une opinion sur ce rapport financier annuel et les autres éléments décrits à l'annexe 1 du Règlement de la gestion financière des établissements et des conseils régionaux.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que le rapport financier annuel et les autres éléments décrits à l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans le rapport financier annuel. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble du rapport financier annuel.

À notre avis:

L'établissement s'est conformé aux dispositions de la Loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses dépenses ou son volume de services ou d'activités, à l'exception des éléments mentionnés à l'annexe du rapport des vérificateurs.

L'établissement s'est conformé aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel.

Les pratiques comptables de l'établissement sont conformes aux normes et définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux à l'exception des éléments mentionnés à l'annexe du rapport des vérificateurs.

Les unités de mesure utilisées par l'établissement sont conformes aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives suivies par l'établissement, sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport annuel, sont valables.

Les procédures de contrôle interne relatives aux données financières suivies par l'établissement, sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport annuel, sont valables.

L'établissement s'est conformé aux directives administratives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux et par l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Rapport du vérificateur sur les états financiers (suite)

Nom de l'établissement
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes

Code
1104-4443

Page
120-01

Rapport du vérificateur externe

exercice terminé le 31 mars 2010

À l'exception des éléments mentionnés à l'annexe du rapport des vérificateurs, le rapport financier annuel donne, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de l'établissement au 31 mars 2010, ainsi que de ses revenus et dépenses, de l'évolution de sa situation financière et des données financières et quantitatives de ses centres d'activités pour l'exercice terminé à cette date, selon les règles comptables décrites dans la note 3.

Le rapport financier annuel, qui n'a pas été établi, et qui n'avait pas à être établi, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, est fourni uniquement à titre d'information et pour être utilisé par les administrateurs de l'établissement ainsi que par le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence de la santé et des services sociaux. Le rapport financier annuel n'est pas destiné à être utilisé, et ne doit pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles il a été établi.

Nom de l'associé responsable
Dominique Toupin, C.A.auditeur

Nom du vérificateur
Amyot Gélinas senc

Adresse
255-3-4 de Martigny Ouest
Saint-Jérôme (Québec)
J7Y 2G4

Téléphone
(450) 432-8625

Amyot Gélinas, s.e.n.c.
Le vérificateur

Télécopieur
(450) 432-8868

Date: 8 juin 2010

Annexe

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. « 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.

2.4 « 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 œuvrent.

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 déchues 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.



Territoire desservi par le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes



Hôpital de Saint-Eustache (centre administratif) 520, boul. Arthur-Sauvé Saint-Eustache (Québec) J7R 5B1 Tél. : 450 473-6811 Sans frais : 1 888 234-3837 Téléc. : 450 473-6966	CLSC Jean-Olivier-Chénier 29, chemin d'Oké Saint-Eustache (Québec) J7R 1K6 Tél. : 450 491-1233 Sans frais : 1 800 491-1233 Téléc. : 450 491-3424	Centre d'hébergement de Saint-Eustache 55, rue Chénier Saint-Eustache (Québec) J7R 4Y8 Tél. : 450 472-0013 Téléc. : 450 472-3104	Centre d'hébergement de Saint-Benoît 9100, rue Dumouchal Mirabel (Québec) J7N 5A1 Tél. : 450 258-2481 Téléc. : 450 258-4980	CLSC Mirabel 8467, rue Saint-Jacques Mirabel (Québec) J7N 2A3 Tél. : 450 475-7938 Téléc. : 450 475-6087
---	---	--	---	---

Conseil d'administration

- Monsieur Antonio Lavigne, président
- Monsieur H.-Jules Sauvé, vice-président
- Monsieur Roch Martel, secrétaire
- Monsieur Jean-Marc Chéné
- Monsieur Mario Daigle
- Madame Francine Delle Donne
- Madame Sylvie Ferland
- Madame Amanda Fougère
- Monsieur Martin Gagnon
- Docteur Benoît Guertin
- Monsieur Jean-Claude Laforest
- Docteur Julie Lalancette
- Madame Josée Lauzon

- Monsieur Gilles Mailloux
- Monsieur Guillaume Parent
- Madame Mélissa Payer
- Monsieur Michel Pelletier
- Madame Line Readman
- Monsieur Jules Théorêt
- Monsieur Donald Tremblay
- Monsieur Michel Viau

Comité de direction

- Monsieur Roch Martel, directeur général
- Monsieur Christian Gagné, directeur général adjoint
- Madame Joanne Béland, directrice des services diagnostiques et multidisciplinaires
- Monsieur Michel Bordeleau, directeur des services techniques
- Madame Danielle Beaudry, directrice de la clientèle première ligne et santé mentale
- Monsieur Réjean Le Brun, directeur des ressources financières
- Docteur André Simard, directeur intérimaire des services professionnels
- Monsieur Rock Paquet, directeur de la clientèle en santé physique
- Madame Lucie Perreault, directrice des ressources informationnelles et du génie biomédical
- Monsieur Jacques Robillard, directeur des ressources humaines
- Madame Nathalie Rochette, directrice des soins infirmiers et de la qualité