



Trois missions... Une seule passion !



Rapport annuel d'activités 2006-2007

Centre de santé et de services sociaux
Haut-Richelieu—Rouville





TABLE DES MATIÈRES

	Page
Partie 1 : Message du président du Conseil d'administration et du directeur général	5
Partie 2 : Déclaration du directeur général	9
Partie 3 : Présentation du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu–Rouville	13
Partie 4 : Activités 2006-2007	21
Partie 5 : États financiers et analyse des résultats des opérations	59
Partie 6 : Conseils et comités créés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux	67
Partie 7 : Code d'éthique et de déontologie du Conseil d'administration	73
Partie 8 : Annexes	95
Annexe 1 Prestation sécuritaire de services	97
Annexe 2 Bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité 2006-2007	103



Partie 1 :

Message du président du Conseil d'administration
et du directeur général



MESSAGE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

C'est avec fierté que nous vous présentons le rapport annuel d'activités 2006-2007 du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu–Rouville.

Comme vous pourrez le constater à la lecture de ce rapport, l'année 2006-2007 a été marquée par un volume d'activités fort important pour l'ensemble de nos missions et par une volonté toujours plus forte d'adapter nos services aux besoins de la population de notre territoire. À cet effet, nous souhaitons attirer votre attention sur le nombre croissant de personnes ayant eu recours à l'un ou l'autre de nos services au cours de cette dernière année. En effet, que ce soit pour les services infirmiers en CLSC; pour les activités de prélèvement; pour le nombre de visiteurs vus à l'urgence; pour les personnes desservies par les équipes de soutien à domicile; pour le nombre de chirurgies réalisées; pour le nombre d'appels reçus à Info-Santé; pour les services offerts aux personnes vulnérables nécessitant un soutien psychosocial; pour l'aide aux enfants et aux mamans; et pour tous les autres services; nous pouvons dire : « Missions accomplies ! ».

Au-delà du quotidien qui nous anime, nous passionne et qui est notre raison d'être, plusieurs grands dossiers ont marqué l'année 2006-2007. Nous pensons, notamment, aux activités de préparation à une éventuelle pandémie d'influenza pour laquelle nous avons expérimenté un site non traditionnel de soins dont les résultats ont eu des retombées provinciales; aux annonces ministérielles tant attendues de l'agrandissement de notre urgence hospitalière, du réaménagement et de l'agrandissement des laboratoires, du bloc opératoire et des soins intensifs et du déménagement du CLSC du Richelieu; au lancement des travaux de notre Projet clinique qui mobilise l'ensemble de notre réseau local; à la régionalisation du service d'Info-Santé, le 2^e plus important au Québec et dont nous sommes le fiduciaire; à notre clinique de médecine ambulatoire qui s'est méritée un prix d'excellence de la Chambre de commerce du Haut-Richelieu; à l'annonce de la création de notre maison de soins palliatifs dont le modèle est une première provinciale; à la continuité de notre campagne de prévention des infections dont le maintien et le renforcement des différentes activités continuent de porter fruits; à l'inauguration de notre centre de lutte contre le cancer; à l'actualisation de la première ligne en santé mentale jeunes et adultes; au début des activités de formation Gineste-Marescotti pour notre personnel des centres d'hébergement; aux travaux devant mener aux ententes syndicales/patronales et, finalement, aux élections des membres du conseil d'administration, pour ne nommer que ceux-ci.

La question de la pénurie de la main d'œuvre est également un dossier majeur dont les enjeux actuels et futurs nous préoccupent grandement. En effet, ce dossier sera au cœur de tous nos travaux au cours des prochaines années en raison des difficultés de recrutement que nous rencontrerons, tant au niveau de nos effectifs médicaux et infirmiers que dans nos autres secteurs d'activités. Le déploiement de stratégies audacieuses, mais également concertées avec tous les autres secteurs d'activités dont les acteurs peuvent avoir un impact sur cette pénurie, devra rapidement se mettre en œuvre. Pour notre part, en 2006-2007, nous avons réalisé des campagnes de recrutement ciblées qui se sont démarquées, mais nous devons assurément intensifier encore davantage nos démarches en sens au cours des prochaines années.

Par ailleurs, soulignons que le CSSS Haut-Richelieu–Rouville est reconnu pour sa performance et que, dans ce contexte, des efforts considérables doivent être faits quotidiennement pour nous permettre d'atteindre annuellement l'équilibre budgétaire. Cette situation difficile trouve également écho dans la sous budgétisation dont souffre la Montérégie qui, additionnée au vieillissement rapide de notre population, crée une pression supplémentaire sur l'offre de services et les ressources disponibles. Cependant, malgré cet état de fait – et grâce aux efforts conjugués de tous – nous avons réussi à terminer l'année 2006-2007 en équilibre budgétaire.



Enfin, avec la création du CSSS, nous sommes au cœur d'une belle aventure débutée en 2004, aventure qui se poursuit tous les jours grâce à la détermination, au professionnalisme et au dévouement des membres de notre personnel et de nos médecins qui oeuvrent quotidiennement à offrir les meilleurs services sociaux et de santé possibles aux citoyens de notre grand territoire. En terminant, nous ne pouvons passer sous silence l'excellente contribution bénévole des membres de notre conseil d'administration dont certains en sont à leur deuxième mandat aux commandes du CSSS. À tous ces bâtisseurs : employés, médecins, bénévoles et administrateurs, nous disons merci de faire équipe avec nous et de partager la passion et l'audace qui nous inspirent.



Robert Blanchard, président



Yvan Gendron, directeur général

Partie 2 :

Déclaration du directeur général





DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL D'ACTIVITÉS ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

« Les informations contenues dans le présent rapport annuel d'activités 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 d'activités de l'exercice 2006-2007 du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu–Rouville :

- *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 d'activités, ainsi que les contrôles afférents à ces données, sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2007. »



Yvan Gendron,
Directeur général





Partie 3 :

Présentation du Centre de santé et de services sociaux
Haut-Richelieu—Rouville



TROIS MISSIONS, UNE SEULE PASSION !

Situé en Montérégie, le Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu–Rouville est né de la fusion, en juillet 2004, des établissements suivants :

- Le CLSC du Richelieu et le Centre Rouville;
- L'Hôpital du Haut-Richelieu et ses deux CHSLD;
- Les CLSC et CHSLD Champagnat de la Vallée-des-Forts.

Le Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu–Rouville répond à trois missions de services complémentaires, soit celles de Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS), de Centre local de services communautaires (CLSC) et de Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Notons que ces missions découlent directement de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec (L.R.Q., chapitre S-4.2, articles 80 et 83).

La mission de centre hospitalier

La mission d'un centre hospitalier est d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que leurs besoins soient évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

***« Le CSSS Haut-Richelieu–Rouville c'est : un hôpital de 309 lits de soins généraux et spécialisés
et une installation pour les services externes de psychiatrie »***

La mission de CLSC

La mission d'un centre local de services communautaire (CLSC) est d'offrir, en première ligne, des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux courants de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.

À cette fin, la responsabilité de l'établissement qui exploite un tel centre est de s'assurer que les personnes qui requièrent de tels services pour elles-mêmes ou pour leurs familles soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail ou à domicile ou, si nécessaire, de s'assurer qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

***« Le CSSS Haut-Richelieu–Rouville c'est : deux CLSC, ainsi que
la Centrale régionale d'Info-Santé de la Montérégie »***



La mission de CHSLD

La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) est d'offrir de façon temporaire ou permanente, un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance, ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes, qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les personnes qui requièrent de tels services, veille à ce que leurs besoins soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations. La mission d'un tel centre peut comprendre l'exploitation d'un centre de jour ou d'un hôpital de jour.

« Le CSSS Haut-Richelieu–Rouville c'est : six centres d'hébergement totalisant 681 lits de longue durée »

LE TERRITOIRE DESSERVI

Situé en Montérégie, le Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu–Rouville occupe un territoire couvrant une superficie de 1 491 km², ce qui en fait le 3^e plus grand territoire de la Montérégie.

Un nombre de 161 618 personnes habitent ce territoire, dont 106 754 (66 %) proviennent du territoire du CLSC de la Vallée-des-Forts et 54 864 (34 %) du territoire du CLSC du Richelieu. Toutefois, en ce qui concerne le programme de santé mentale, il faut noter que le bassin de population desservi s'étend au-delà du territoire défini. En termes de population, le territoire du CSSS Haut-Richelieu–Rouville occupe la 5^e place sur les 11 que compte la Montérégie avec près de 12 % de la population totale. Il faut également noter que la population vivant sur le territoire du CSSS Haut-Richelieu–Rouville s'est accrue de 5,09 % entre 2001 et 2006.

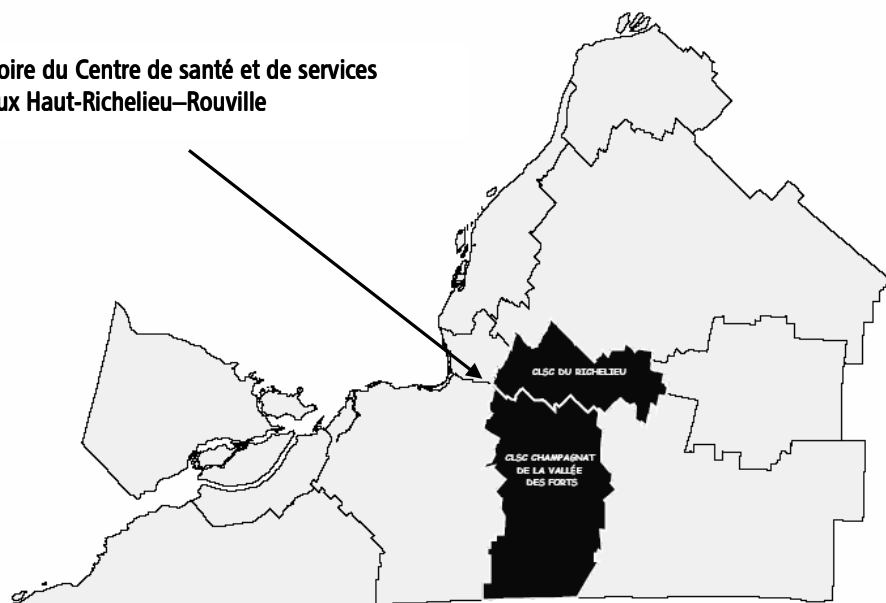
Le Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu–Rouville, qui dispose de 14 installations, est présent dans 3 MRC distinctes (MRC de Rouville, MRC du Haut-Richelieu et MRC de la Vallée du Richelieu) et couvre un total de 21 municipalités.

Notons que deux pôles urbains d'importance composent la trame du territoire :

- Saint-Jean-sur-Richelieu, la 2^e plus grande ville de la Montérégie, avec 54 % de la population totale (86 802 personnes);
- Chambly, avec 14 % de la population totale (22 332 personnes).

Les 19 autres municipalités, situées davantage en zone rurale, affichent des populations variant entre 527 et 7 377 personnes.

Territoire du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu–Rouville



ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

En ce qui concerne le portrait de santé publique de la population de l'ensemble de notre territoire, une distinction importante s'impose entre le profil des personnes habitant le territoire du CLSC de la Vallée-des-Forts et celui des personnes vivant sur le territoire du CLSC du Richelieu.

Ainsi, parmi les 21 indicateurs retenus pour décrire l'état de santé dans le *Portrait de santé* publié par l'Agence de la Montérégie en 2003, le territoire du CLSC du Richelieu occupe une position favorable dans 12 cas, ce qui lui confère un bon bilan. Certains des indicateurs les plus favorables méritent d'être mis en lumière : la mortalité infantile, la proportion de personnes avec une incapacité à long terme, le taux des années de vie perdue prématurément ainsi que le taux de mortalité associée au tabagisme.

Quant au territoire du CLSC de la Vallée-des-Forts, il occupe une position généralement défavorable puisque, dans 17 cas sur 21, les valeurs sont inférieures aux valeurs régionales, lui conférant le 11^{ème} rang sur les 12 attribués pour cette famille d'indicateurs. À l'opposé, les deux indicateurs les plus favorables pour le territoire se rapportent à la mortalité périnatale et la mortalité infantile.

Par ailleurs, au niveau des données démographiques, notons que la croissance globale prévisible est légèrement inférieure à celle de la Montérégie et équivalente à celle du Québec, mais qu'il y a une prévision de décroissance de la population dans le secteur du CLSC du Richelieu alors qu'il y aura une croissance plus élevée dans le secteur du CLSC de la Vallée-des-Forts. Au cours des prochaines années, on prévoit une réduction plus importante de la population « jeune » (0-14 ans) dans l'ensemble de notre territoire qu'en Montérégie et qu'au Québec, mais une croissance plus importante qu'au Québec de la population des 65 ans et plus. En effet, d'ici l'an 2025, une personne sur cinq sera âgée de plus de 65 ans dans notre territoire.

Enfin, l'ensemble des déterminants sociodémographiques (pauvreté, scolarité, etc.) affiche une note plus faible dans le secteur du CLSC de la Vallée-des-Forts que dans le secteur du CLSC du Richelieu; toutefois, l'ensemble du territoire du CSSS Haut-Richelieu–Rouville affiche une moyenne supérieure à celle du Québec.

Les 14 installations du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu–Rouville

Saint-Jean-sur-Richelieu :

- ✓ Centre administratif et CLSC de la Vallée-des-Forts
- ✓ CLSC de la Vallée-des-Forts (rue Normand)
- ✓ Clinique Jeunesse (CLSC)
- ✓ Hôpital du Haut-Richelieu
- ✓ Services externes de psychiatrie
- ✓ Centre Gertrude-Lafrance
- ✓ Centre Georges-Phaneuf
- ✓ Résidence Champagnat

Henryville :

- ✓ CLSC de la Vallée-des-Forts

Chambly :

- ✓ Résidence Saint-Joseph

Richelieu :

- ✓ CLSC du Richelieu

Marieville :

- ✓ Résidence Sainte-Croix

Saint-Césaire :

- ✓ CLSC du Richelieu
- ✓ Résidence Val-Joli

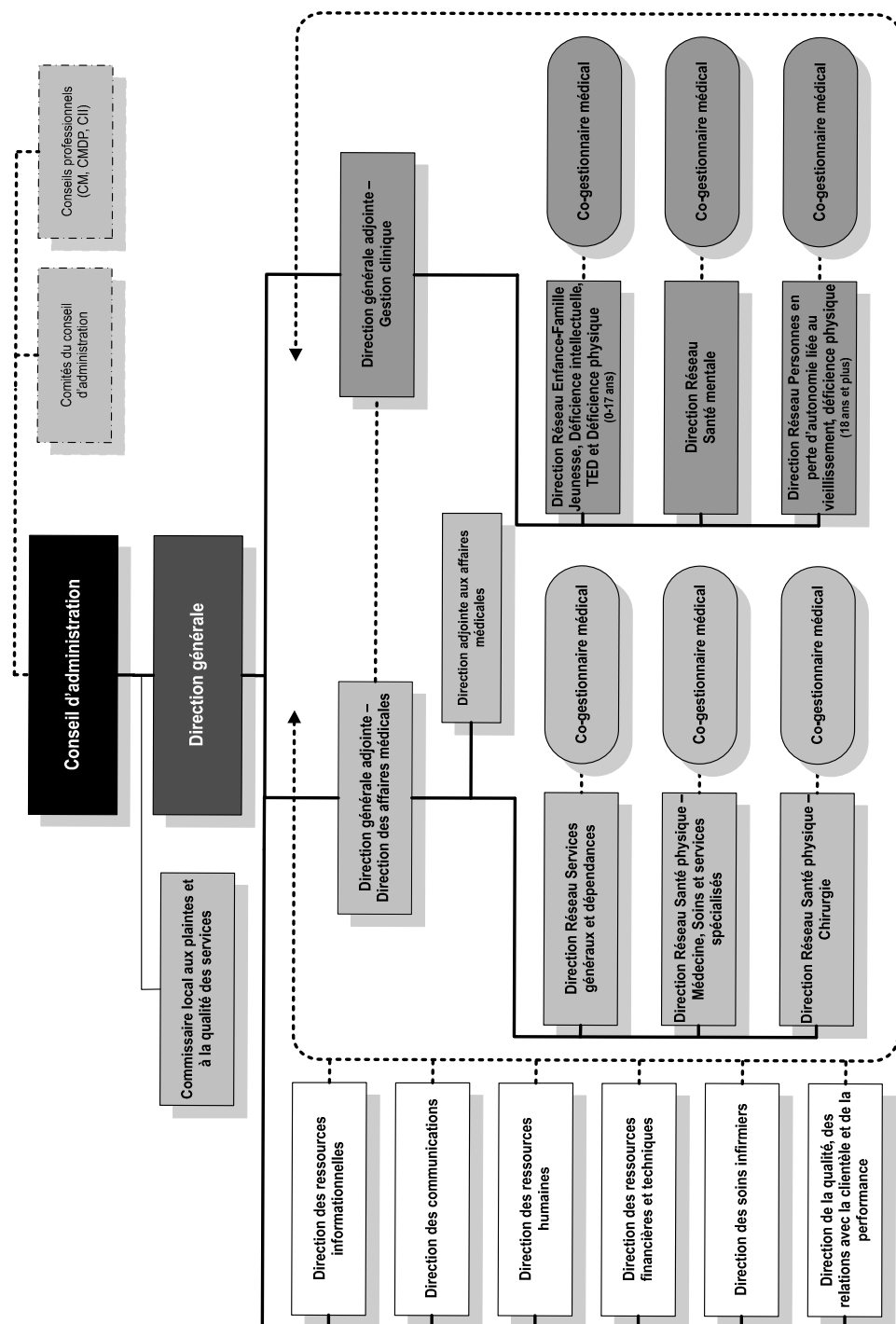


UNE ÉQUIPE AU SERVICE DE LA POPULATION

Afin de répondre à ses trois missions de services complémentaires, le CSSS Haut-Richelieu–Rouville s'est doté d'une structure organisationnelle orientée sur les différents programmes clientèles transversaux qu'il gère. La mise en place de cette structure reflète la nouvelle responsabilité populationnelle dévolue au Centre de santé et de services sociaux et vise l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services, le tout dans un contexte où la fluidité de nos opérations est devenue une nécessité pour le mieux-être de nos usagers.

Ainsi, l'ensemble des services offerts à la population du territoire par le CSSS Haut-Richelieu–Rouville est assumé par plus de 3 000 employés et 300 médecins qui ont à cœur de livrer quotidiennement la meilleure prestation de services possible à leurs différents clients.

La structure organisationnelle au 31 mars 2007



Les effectifs au 31 mars 2007

Personnel détenteur de postes	2006-2007	2005-2006	variation
<i>Les cadres</i>			
Temps complet (nombre de personnes)	115	102	13
Temps partiel			
♦ Nombre de personnes	7	5	2
♦ Équivalents temps complet (ETC)	5	2	3
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi	2	1	1
<i>Les employés réguliers</i>			
Temps complet (nombre de personnes)	1 304	1 210	94
Temps partiel			
♦ Nombre de personnes	1 039	1 099	(60)
♦ Équivalents temps complet (ETC)	700	631	69
Personnes bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi	-	-	-
Personnel non détenteur de postes	2006-2007	2005-2006	variation
<i>Les occasionnels</i>			
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	1 066 374	1 006 756	59 618
Équivalents temps complet (ETC)	584	550	34



Partie 4 :

Activités 2006-2007





TROIS MISSIONS, UNE SEULE PASSION POUR LE PROJET CLINIQUE

Lancement du Projet clinique : un important exercice de mobilisation locale

C'est sous le thème « De l'union des gouttes d'eau naissent les océans » que le CSSS Haut-Richelieu–Rouville a lancé son important Projet clinique en septembre 2006. Ce projet, qui réunit plus de 400 participants provenant du réseau local de santé et de services sociaux (CSSS, cabinets privés de médecins, pharmacies communautaires, organismes communautaires, établissements du réseau à vocation régionale, milieu scolaire, municipal, membres de la population, etc.), a pour objet d'améliorer l'accessibilité, la qualité et la continuité des services offerts à la population. Afin d'œuvrer à ce projet d'envergure, 13 comités de travail, ainsi que cinq chantiers et un grand comité d'orientation stratégique, ont été constitués. Toutes ces équipes ont été mises à contribution en fonction de continuums de soins préalablement identifiés. Ces continuums de soins permettent de réfléchir l'organisation des services en termes de regroupements de clientèles ayant des besoins spécifiques dans une approche de prévention, de guérison et de soutien. Cette approche favorise la continuité des services selon les besoins de la personne et son état de santé.

Ainsi, à la suite du lancement du Projet clinique, en 2006-2007, le CSSS, en collaboration avec ses partenaires, a inventorié le portrait des services actuellement offerts à la population du territoire, de même que les ressources disponibles, tout en établissant les besoins en matière de soins de santé et de services sociaux de cette dernière. Après avoir dressé le portrait des services offerts et ciblé les besoins de la population, les différents comités de travail et chantiers mis en œuvre dans le cadre de ce projet ont constaté des écarts entre ces deux axes dans plusieurs continuums de soins et services. De plus, afin d'alimenter les comités de travail, une importante tournée de consultation de la population de tout le territoire a été réalisée en 2006-2007 afin de mieux documenter le profil populationnel. Les résultats de cette consultation ont été intégrés dans les travaux des comités de travail.

Après avoir analysé ces écarts, les différents comités de travail s'attaqueront à identifier les objectifs et les cibles d'amélioration potentielle au cours de l'année 2007-2008 et à prioriser les choix parmi l'ensemble des cibles d'amélioration identifiées. Soulignons que, jusqu'à maintenant, les travaux se déroulent rondement et que les échéanciers proposés sont respectés. Notons, également, que même si les travaux ne sont pas encore complétés, les bénéfices indirects à la mise en œuvre du Projet clinique sont déjà nombreux. Notamment, les participants ont appris à mieux se connaître, à développer une vision commune et à mieux travailler ensemble pour l'atteinte d'un but commun. Cette meilleure connaissance de l'autre a permis d'élargir les horizons de tous et d'ainsi favoriser la consolidation de notre réseau.



TROIS MISSIONS, UNE SEULE PASSION POUR... ...LES SERVICES GÉNÉRAUX ET LA SANTÉ PUBLIQUE

La Centrale régionale d'Info-Santé

Au cours de l'année 2005, le ministère de la Santé et des Services sociaux a énoncé ses orientations concernant le service d'Info-Santé pour les prochaines années. En janvier 2006, un plan d'action régional a été présenté à l'Agence de la Montérégie et à l'ensemble des directeurs généraux des CSSS afin de procéder à la régionalisation du service d'Info-Santé dont le CSSS Haut-Richelieu-Rouville en est le fiduciaire pour l'ensemble de la Montérégie. L'une des idées motrices de la régionalisation vise à faire du service Info-Santé un instrument d'intervention de « pré- première ligne » dans notre système de santé. Ainsi, en raison de cette régionalisation, neuf des 19 CLSC de la Montérégie devaient transférer leurs services à la centrale régionale puisque dix autres avaient déjà réalisé ce transfert d'activités.

Pour ce faire, nous avons procédé à la modernisation des équipements de téléphonie et des systèmes d'information, à l'embauche massive de trente infirmières grâce à une importante campagne de recrutement et, le 5 mars 2007, « Jour J » de la régionalisation, tous les appels de la Montérégie ont pu être dirigés vers la centrale régionale.

Depuis, nous répondons à une moyenne d'environ 900 à 940 appels par jour, ce qui fait de notre centrale d'Info-Santé la 2^e plus importante en termes d'achalandage au Québec. Il est d'ailleurs important de mentionner qu'au-delà de vingt minutes d'attente, l'appel est acheminé vers une autre région du Québec qui est disponible pour y répondre. Les infirmières, indépendamment des régions où elles sont situées, utilisent les mêmes protocoles cliniques afin d'assurer une réponse de qualité à la clientèle.

Les services infirmiers et médicaux courants

Nos deux CLSC offrent à la population du territoire du CSSS des services infirmiers de première ligne pour les usagers pouvant se déplacer (ambulatoires) vers nos différents points de service. Pour l'année 2006-2007, nous avons accueilli un total de 6 374 usagers, soit 4 352 usagers pour le CLSC de la Vallée-des-Forts et 2 022 pour le CLSC du Richelieu. Ces usagers ont nécessité un total de 30 819 interventions, soit 20 593 pour le CLSC de la Vallée-des-Forts et 10 226 pour le CLSC du Richelieu. Dans les deux cas, ces données traduisent une moyenne de 5 interventions par usager, ce qui constitue une augmentation du nombre d'interventions de 4 % pour le CLSC de la Vallée-des-Forts et une diminution de 7 % pour le CLSC du Richelieu. Toutefois, ce dernier a connu un accroissement de clientèle de l'ordre de 9 % au cours de la dernière année. En ce qui a trait spécifiquement aux services médicaux de première ligne offerts sans rendez-vous au CLSC du Richelieu, ces derniers ont connu une baisse d'achalandage de 5 % par rapport à l'année 2005-2006, portant le nombre total d'usagers reçus à 9 470. Les objectifs de ce programme sont partiellement atteints, car même si nous constatons globalement une augmentation de la clientèle, nous demeurons vulnérables à la pénurie de personnel. Enfin, en ce qui concerne les services de santé préventive, soit la vaccination aux adultes, nous avons effectué un total de 11 560 interventions en excluant la campagne de vaccination contre l'influenza.



Campagne de vaccination massive contre l'influenza

Chaque année, le mois de novembre est dédié à la campagne de vaccination contre le virus de l'influenza. Cette année, nous avons harmonisé notre offre de services à l'ensemble de la population du territoire. Entre autres, les personnes ciblées par cette campagne ont bénéficié d'un service sur rendez-vous, ce qui a eu pour effet d'éviter les attentes interminables. Les infirmières ont administré, pour le territoire du CLSC du Richelieu, 4 572 doses du vaccin contre l'influenza et 761 doses du vaccin pneumocoque. Pour le territoire du CLSC de la Vallée-des-Forts, 9 798 doses ont été administrées contre l'influenza et 611 doses du vaccin pneumocoque.

Dans le cadre des modifications apportées par la loi 90 sur les pratiques infirmières, nous avons, cette année, intégré trois infirmières auxiliaires à la campagne de vaccination au CLSC de la Vallée-des-Forts. Elles ont participé à plus de douze cliniques, à raison de deux infirmières à la fois. Cette expérience a été concluante et sera répétée l'an prochain.

Les prélèvements

En avril 2005, nous avons procédé à un transfert massif des prélèvements faits à l'hôpital vers les installations de CLSC de notre territoire, sauf pour la clientèle des enfants 0-2 ans et des prélèvements spécifiques. Depuis peu, les enfants sont accueillis dans les CLSC. Nos équipes sont composées d'infirmières, d'infirmières- auxiliaires et de commis qui accueillent les usagers tous les matins de la semaine.

Pour la période du 1^{er} avril 2006 au 31 mars 2007, nous avons accueilli un grand total de 81 559 usagers nécessitant des prélèvements soit : 19 327 au CLSC du Richelieu, 4 185 au CLSC du Richelieu situé à St-Césaire, 52 933 au CLSC de la Vallée-des-Forts et 5 114 au CLSC de la Vallée-des-Forts situé à Henryville.

L'équipe de prévention et de promotion de la santé (Défi 0-5-30)

Dans le cadre du mois de la nutrition, soit en mars de chaque année, les restaurateurs de notre région ont été invités à participer à l'évènement national «Fruits et légumes en vedette» proposé dans le cadre du défi 0-5-30 (0 tabac-5 fruits et légumes par jour-30 minutes d'exercice par jour) qui leur permettait d'offrir à leur clientèle le plaisir de bien manger, tout en profitant d'une couverture médiatique. Pour participer, ils devaient identifier de quelle façon ils souhaitaient mettre en vedette les fruits et légumes afin de les rendre visibles et accessibles à leur clientèle. Dans notre territoire, quarante restaurants ont relevé le défi, ce qui correspond au plus haut taux de participation en Montérégie.

De plus, dans le but de promouvoir l'exercice physique, du 1^{er} mars au 11 avril 2007, cent douze employés de notre CSSS ont participé au défi consistant à faire 30 minutes d'exercice par jour. Pour la plupart d'entre eux, la marche était l'activité désignée, soit au moment des pauses ou à l'heure du dîner. Afin de maintenir la motivation, ils se sont regroupés en vingt-deux (22) équipes réparties sur l'ensemble des sites de notre territoire.



Nos autres programmes de santé publique

Outre l'équipe dédiée spécifiquement à la prévention et à la promotion de la santé du Défi 0-5-30, plusieurs activités et programmes de santé publique sont réalisés au sein des différentes directions du CSSS. La vaccination, la prévention des chutes, le programme « École en santé », la cessation tabagique et le programme OLO destiné aux jeunes mères en difficulté sont quelques exemples de ces activités de santé publique.

Par ailleurs, au cours de l'année 2006-2007, le CSSS a implanté le système intégré de récupération des seringues et aiguilles usagées sur tout son territoire, en collaboration avec les pharmacies, les acupuncteurs, les électrolystes et les tatoueurs de notre région.

Enfin, notre Plan d'action local en santé publique 2004-2007, qui découle du Plan régional et qui cible les secteurs d'activités où des actions concrètes devront être élaborées, a été adapté en tenant compte qu'une évaluation plus exhaustive est prévue au printemps 2008.

TROIS MISSIONS, UNE SEULE PASSION POUR... ... LA MÉDECINE, LES SOINS ET LES SERVICES SPÉCIALISÉS

Les services d'urgence

L'urgence de l'Hôpital du Haut-Richelieu est la 2^e urgence la plus achalandée en Montérégie avec une fréquentation annuelle de plus de 54 500 personnes. Ainsi, l'obtention des cibles fixées à l'intérieur de notre entente de gestion a été une difficulté majeure en 2006-2007. L'affluence accrue de la population, ainsi que la morbidité importante des patients qui s'y sont présentés, reflètent notre taux d'occupation et traduisent cette difficulté importante. D'ailleurs, notre capacité de 28 civières au permis a été dépassée et s'est maintenue à un taux supérieur de 150 % pendant plusieurs mois au cours de la dernière année. Toutefois, la construction de notre nouvelle urgence, annoncée cette année par le ministre de la Santé et des Services sociaux, augmentera notre capacité de civières au permis, les faisant passer de 28 à 38, en plus de résoudre nos contraintes d'environnement physique. L'ouverture de cette nouvelle urgence, dont les coûts de construction annoncés sont de 23 millions, est prévue pour l'année 2009-2010. Le tableau suivant dresse les statistiques de notre département d'urgence pour l'année 2006-2007.

Séjour moyen sur civière	
Engagement 2006-2007	13,1 heures
État actuel	15,7 heures
Écart	2 heures
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	
Engagement 2006-2007	18 heures
État actuel	24,6 heures
Écart	5,6 heures
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus	
Engagement 2006-2007	2,5 %
État actuel	5,3 %
Écart	2,6 %
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	
Engagement 2006-2007	4 %
État actuel	12,9 %
Écart	7,4 %

Les soins palliatifs

En février 2007, le CSSS Haut-Richelieu–Rouville annonçait la création d'une nouvelle maison en soins palliatifs sur son territoire. Cette nouvelle maison, conçue selon un modèle novateur de ressource intermédiaire, est une première québécoise. En effet, dès son ouverture prévue pour l'automne 2007, le CSSS y offrira tous les services professionnels à la clientèle hébergée. Ainsi, l'équipe médicale, infirmière, de réadaptation et sociale sera celle du CSSS et un rehaussement du nombre de professionnels qui y oeuvrent est également prévu. La création de cette ressource permettra le transfert des 7 lits de soins palliatifs actuellement situés à la Résidence Champagnat, de même que le rehaussement des services offerts à la clientèle par l'ajout de 8 autres lits supplémentaires.



Cette nouvelle offre de services se traduira donc par une augmentation allant du simple au double en ce qui concerne le nombre de personnes admises annuellement, ce qui nous permettra, dès le départ, de desservir près de 100 % de la clientèle qui sollicite une place. Le nouveau projet favorisera donc une économie de coûts importante puisqu'il libérera plus de 8 lits d'hospitalisation à l'Hôpital du Haut-Richelieu, lits qui seront utilisés pour d'autres types d'hospitalisation ayant, notamment, pour effet de réduire les débordements à l'urgence.

Cette maison recevra annuellement plus de 200 personnes adultes atteintes d'un cancer ou d'une maladie dégénérative ne recevant plus de traitement visant la rémission de la maladie et pour qui un milieu de vie substitut est nécessaire. Notons qu'en 2006-2007, l'unité des soins palliatifs de la Résidence Champagnat a, pour sa part, admis 132 personnes en fin de vie et la durée moyenne de séjour y a été de 15 jours.

Les coûts d'opération de cette nouvelle maison avoisineront un montant annuel de 1 250 000 \$, mais le CSSS bénéficiera d'une subvention récurrente de l'ordre de 400 000 \$ provenant de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Notons que la clientèle nécessitant des soins palliatifs est nombreuse. Ainsi, du côté des soins palliatifs offerts à domicile, annuellement, ce sont plus de 300 personnes qui se prévalent de ces services.

Toutefois, comme nous pouvons le constater dans le tableau suivant, 93,59 % des personnes ayant besoin des services de soins palliatifs ont été desservis par notre CSSS. Par contre, nos interventions par patient à domicile ont, quant à elles, dépassé nos engagements déboursés. En effet, l'organisation des soins offerts par l'équipe dédiée d'oncologie et de soins palliatifs à domicile permet aux patients un meilleur encadrement, ce qui leur permet de demeurer plus longtemps dans leur milieu. En ce sens, le CSSS Haut-Richelieu-Rouville fait office de précurseur en Montérégie puisque nos interventions – en nombre supérieur à nos engagements – sont en lien direct avec les objectifs de la politique ministérielle des soins palliatifs 2006-2010 qui favorise la mise en œuvre d'un maximum d'interventions à domicile afin que cette clientèle puisse bénéficier de son « chez-soi » le plus longtemps possible.

Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	
Engagement 2006-2007	359 patients
État actuel	336 patients
Écart	23 patients, objectif atteint à 93,59 %
Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	
Engagement 2006-2007	17,35 interventions/patient
État actuel	23,39 interventions/patient
Écart	4,20 interventions, objectif dépassé de 124 %

Alternatives à l'hospitalisation pour l'année 2006-2007

Le suivi systématique d'insuffisance cardiaque offre une alternative intéressante à l'hospitalisation. Ainsi, au cours de l'année 2006-2007, 150 patients ont reçu un enseignement, un suivi médical et un suivi infirmier. Ceci a contribué à diminuer drastiquement les journées d'hospitalisation pour notre clientèle de l'ordre de 71 % en permettant, effectivement, d'éviter 733 jours d'hospitalisation. Ainsi, en quelques mois seulement, nous sommes passés de 1 026 jours d'hospitalisation pour un total de 117 patients à 293 jours d'hospitalisation pour cette même clientèle. Nous pouvons donc considérer que cette façon de faire est un réel succès.

Le suivi systématique en maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est également une autre alternative à l'hospitalisation. En 2006-2007, cette pratique nous a permis de diminuer de façon importante le nombre de jours d'hospitalisation pour notre clientèle aux prises avec ce diagnostic. En effet, la durée moyenne de séjour hospitalier a été de 7 jours au cours de 2006-2007 et moins de la moitié de notre clientèle ciblée a dû être hospitalisée de nouveau au cours de cette même période. Ce suivi accentue d'ailleurs le partenariat soignant/patient et maximise, pour notre clientèle, sa propre prise en charge.

Le Service de médecine ambulatoire, qui est un tout nouveau service situé à l'hôpital, offre une réponse concrète et novatrice à différentes problématiques rencontrées par le CSSS, dont un achalandage élevé à l'urgence de l'hôpital, des difficultés d'accès aux médecins spécialistes et aux plateaux techniques de l'hôpital, de même qu'une volonté de maximiser l'utilisation des lits d'hospitalisation dans un but de mieux desservir la clientèle qui nécessite ce type de soins.

Le Service de médecine ambulatoire tel qu'il a été conçu par le CSSS Haut-Richelieu—Rouville est une première en Montérégie. Cette innovation nous assure une réputation de chef de file dans ce secteur d'activités. Par conséquent, plusieurs hôpitaux, tant de la région montréalaise que de la région montérégienne, tentent maintenant de calquer notre vision et notre modèle dans leurs propres établissements de santé et de services sociaux.

Au cours de sa première année d'existence, près de 10 000 visites ont eu lieu à la clinique de médecine ambulatoire, ce qui nous permet d'évaluer que, n'eût été de cette dernière, ces visites auraient pu se traduire par un nombre plus important de jours d'hospitalisation ou de séjours sur civière à l'urgence. Cette meilleure utilisation des ressources hospitalières représente autant de lits ou de civières disponibles pour les patients qui les nécessitent véritablement. Enfin, le caractère novateur et l'excellence de ce nouveau service ont été récompensés en avril 2007 par la Chambre de commerce du Haut-Richelieu qui, dans le cadre de son Gala d'excellence 2007, nous a remis le trophée Félix-Gabriel-Marchand dans la catégorie « service ». Ce prix est remis annuellement à une entreprise qui s'est distinguée par ses réalisations dans l'ensemble de la qualité de ses services et sa gestion au cours de l'année.

Les listes d'attente

Les listes d'attente pour certains examens, interventions ou admissions offerts dans nos secteurs d'activités couverts par la médecine, les soins et les services spécialisés faisaient état du bilan suivant au 31 mars 2007. Notons que ces résultats sont comparables à l'année précédente.

	Délai d'attente	Nombre d'usagers en attente
Physiologie respiratoire		
Débit	3 mois	30
Bilan complet	6,5 mois	118
Provocation bronchique	3 mois	52
Polysomnographie ambulatoire	13 mois	113
Titration	6 semaines	11
Neurologie		
Électromyogramme (emg)	6 mois	182
Électroencéphalogramme éveil	2 semaines	27
Potentiel évoqué visuel	1 mois	4
Soins palliatifs		
Admission (pré-admission)	1 semaine	15



Activités cliniques dans les autres secteurs 2006-2007:

La clinique des maladies du sein de l'hôpital offre des soins et des services rapides à une clientèle qui les nécessitent. Ainsi, au cours de la dernière année, nous avons vu 790 usagers.

Une nouvelle clinique d'oncologie a été officiellement inaugurée en décembre 2006 à l'Hôpital du Haut-Richelieu. Pour l'année 2006-2007, une moyenne de 443 usagers, par période, ont été accueillis par cette clinique et 2 440 traitements de chimiothérapie et autres y ont été reçus. Par ailleurs, le projet Sardo, constituant le registre de statistiques de cancers, a débuté en juillet 2006. 522 cas de cancer ont été validés entre sa date de mise en opération et le 31 mars 2007.

Du côté des services d'hémodialyse, nous avons effectué, en 2006-2007, 11 866 traitements en hémodialyse conventionnelle, 2 069 traitements en hémodialyse semi-autonome; 128 traitements ont été réalisés hors centre (soins intensifs), 4 309 traitements en dialyse péritonéale et, finalement, 150 patients sont inscrits en pré-dialyse. En 2006-2007, le CSSS a connu une croissance de 4,7 % en hémodialyse conventionnelle et de 13 % pour l'hémodialyse semi-autonome.

TROIS MISSIONS, UNE SEULE PASSION POUR... ... LES SERVICES DE CHIRURGIE

Ententes de gestion et cibles de production en chirurgie

Chaque année, des priorités, des objectifs, des orientations et des cibles sont établis à l'intérieur d'une entente de gestion signée entre le CSSS et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Cette entente fixe, notamment, le nombre d'interventions chirurgicales à réaliser. Le tableau suivant dresse le portrait du nombre d'interventions chirurgicales effectuées en 2006-2007 à notre installation de l'Hôpital du Haut-Richelieu. Les résultats atteints sont excellents puisque, dans presque tous les cas, ils dépassent les cibles fixées.

Interventions chirurgicales en 2006-2007	Nombre d'utilisateurs	Cible fixée par l'Agence	Écarts	Résultats
Prothèse totale du genou (PTG)	121	110	+ 11	Surproduction
Prothèse totale de la hanche (PTH)	76	75	+ 1	Surproduction
Cataractes	1 718	1 250	+ 468	Surproduction
Hospitalisations (excluant les PTG et les PTH)	2 603	2 495	+ 108	Surproduction
Chirurgies d'un jour (excluant les cataractes)	3 711	4 017	- 306	Cible non atteinte

Suivi systématique pour les prothèses totales de la hanche (PTH) et les prothèses totales du genou (PTG)

Ce programme, qui est en place depuis août 2004, permet d'établir un continuum de soins qui s'étend de la phase opératoire à la réintégration domiciliaire tout en offrant les services nécessaires les plus efficaces et efficaces possibles à toutes les étapes de l'épisode de soins. Les objectifs de ce suivi consistent, d'une part, à réduire la durée moyenne de séjour hospitalier de 8,8 jours à entre 5 et 7 jours et, d'autre part, à diminuer le nombre de jours passés à l'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive de la Résidence Ste-Croix en lui substituant un service de réadaptation à domicile effectué par nos CLSC. Les besoins étant en croissance, notamment, en raison du vieillissement de la population, ces nouvelles façons de faire nous permettent d'assurer un service très efficace et efficace à un plus grand nombre d'utilisateurs qui nécessitent de tels soins.

Au cours de cette dernière année, nous avons toutefois constaté une augmentation de la durée de séjour à l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive de la Résidence Ste-Croix. Cette augmentation a été principalement occasionnée par une clientèle qui présente une plus grande perte d'autonomie en raison de présence de plus de pathologies d'autres problématiques de santé associées. Ainsi, en 2006-2007, nous avons traité davantage de patients ayant de multiples pathologies, des problèmes sociaux complexes, etc., ce qui a eu comme impact que les approches de traitement et les durées d'interventions ont été beaucoup plus longues dans cette unité. Voici donc nos statistiques en réadaptation fonctionnelle intensive pour l'année 2006-2007 :

- **Nombres de demandes en RFI : 449**
- **Nombre d'admissions en RFI : 318**
- **Taux d'occupation en RFI : 82 %**
- **Durée moyenne de séjour : 38 jours**



Le programme de suivi systématique a cependant un impact direct sur l'utilisation des lits en chirurgie à l'hôpital. La durée moyenne de séjour à l'hôpital est de 7 jours, tant pour les prothèses totales du genou que pour les prothèses totales de la hanche. Ces départs plus tôt vers l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive ou vers le domicile du patient (avec services du CLSC) nous permettent d'augmenter l'efficacité de l'utilisation de nos lits à l'unité de chirurgie avec, pour résultats, une augmentation de l'offre de services pour tout le programme de chirurgie.

Listes d'attente en chirurgie

La gestion des listes d'attente en chirurgie demeure une préoccupation majeure pour notre organisation. Ainsi, malgré le nombre croissant de chirurgies réalisées au cours de la dernière année et l'atteinte de nos cibles dans plusieurs secteurs, à la fin de mars 2007, le portrait des listes d'attente hors délai, c'est-à-dire celles présentant des patients en attente de plus de six mois, était le suivant :

Chirurgie	Nombre d'utilisateurs
Prothèse totale de la hanche	5
Prothèse totale du genou	7
Cataractes	17
Chirurgie d'un jour (sans les cataractes)	479
Chirurgie avec hospitalisation (sans les PTG-PTH)	421

Plusieurs raisons peuvent expliquer ces listes hors délai dont, notamment : une non disponibilité des patients, des patients malades au moment de leur offrir une intervention, une demande plus importante que l'offre, etc. Au total, en 2006-2007, plus de patients ont été vus que l'année précédente.

Par ailleurs, la loi 33, qui sera effective en juin 2007, prévoit que chaque établissement mette en place un mécanisme central de gestion de l'accès aux chirurgies sous l'autorité du directeur des services professionnels dans le but de gérer étroitement nos listes d'attente en chirurgie. À ce jour, seules les interventions suivantes sont touchées par le mécanisme particulier : remplacement total de la hanche, remplacement total du genou et chirurgie de la cataracte. Ceci dit, en 2007-2008, la priorité première de la Direction réseau – Chirurgie sera la mise en place de ce mécanisme.

Enfin, notons que tous les patients qui subissent une intervention chirurgicale doivent être évalués dans notre clinique de pré-admission. L'ajout d'un budget de développement réalisé en 2006-2007 nous permettra d'augmenter le volume de patients rencontrés quotidiennement dans cette clinique, ce qui aura comme impact de la rendre de plus en plus efficace. Au cours de la dernière année, nous avons accueilli 2 905 patients. Nous visons à préparer 75 % de notre clientèle dans ce service et la réalisation du projet de réaménagement de la chirurgie à l'hôpital nous aidera à atteindre cet objectif en améliorant notre environnement physique.

Activités cliniques dans les autres secteurs 2006-2007

Les activités regroupées que sont l'endoscopie (gastroscopie, colonoscopie), la gynécologie et la bronchoscopie présentes à l'hôpital ont connu un développement important en 2006-2007. En effet, l'arrivée d'un nouveau gastro-entérologue en octobre 2006 nous a permis d'ouvrir une 2^e salle d'endoscopie. Le nombre total d'examen effectués dans ce centre d'activités au cours de la dernière année a été de 12 977 interventions, comparativement à 11 150 pour l'année précédente.

Par ailleurs, au niveau de nos Cliniques externes de l'hôpital, les activités se répartissent en deux secteurs, soit l'orthopédie et les cliniques externes spécialisées. En 2006-2007, l'orthopédie a reçu 21 051 visites, soit une légère diminution par rapport à 2005-2006 qui avait permis de voir 22 049 visiteurs, tandis que les cliniques externes spécialisées ont reçu 21 202 visites, soit une légère augmentation par rapport à l'année précédente au cours de laquelle 19 978 patients ont été vus.

Enfin, nos statistiques annuelles pour nos services de réadaptation en milieu hospitalier font état des données suivantes :

	2006-2007	2005-2006
Physiothérapie	28 384 visites	31 013 visites
Ergothérapie	6 487	6 088 jours/traitement
Audiologie	1 401	1 458 jours/traitement
Orthophonie	2 324 jours/traitements	2 250 jours/traitement



TROIS MISSIONS, UNE SEULE PASSION POUR... ...LES AFFAIRES MÉDICALES ET LES SERVICES DIAGNOSTICS

Réseau des groupes de médecine familiale (GMF)

L'année 2006-2007 a vu se concrétiser les efforts de promotion effectués au cours de l'année précédente pour la mise en place de groupes de médecine familiale dans notre territoire. En effet, après avoir sensibilisé individuellement les médecins des cliniques médicales de la région, des rencontres ont été planifiées conjointement avec le représentant local du département régional de médecine générale (DRMG) afin de partager, ensemble, les avantages de se regrouper pour mettre sur pied un réseau de GMF. Le financement d'infirmières cliniciennes au sein des équipes médicales des GMF, la possibilité d'obtenir des équipements informatiques accélérant la transmission des résultats cliniques et la volonté d'améliorer la couverture des plages horaires en heures défavorables ont convaincu les médecins de la sous-région de Saint-Jean-sur-Richelieu de remettre sept lettres d'intention qui marquent le point de départ des contrats d'association entre ces médecins, notre CSSS et l'Agence de la Montérégie. Le dépôt et la signature de ces contrats par le Ministère sont prévus au début de l'automne 2007. Pour sa part, le recrutement des infirmières devrait se finaliser à la fin de l'automne, alors que le déploiement informatique et le début des activités des Groupes de médecine familiale débiteront à l'hiver 2008.

Pénurie d'effectifs médicaux et pharmaceutiques

À l'instar d'autres établissements de santé et de services sociaux, le CSSS Haut-Richelieu–Rouville ressent les effets de la pénurie d'effectifs médicaux dans plusieurs spécialités médicales. Ainsi, au cours des dernières années, des activités et des outils de communication ont été réalisés dans le but de supporter les efforts de recrutement. La compétition en matière de recrutement médical et pharmaceutique est toutefois considérable, particulièrement pour les régions situées à l'extérieur de Montréal. C'est donc dans ce contexte que le CSSS a choisi, en 2006-2007, de se rapprocher davantage de ses différents publics cibles, et ce, plus spécifiquement dans les secteurs où la demande est très importante, soit en gériatrie, en psychiatrie, en pédiatrie, en radiologie et en pharmacie. Le dynamisme et l'implication de la Direction des affaires médicales en collaboration avec les chefs de département ont permis un certain nombre de recrutements souhaités, soit en radiologie, en pharmacie et en médecine générale.

Révision des services pharmaceutiques

En 2006-2007, le Département de la pharmacie, en collaboration avec la Direction des soins infirmiers, a revu la prestation des services pharmaceutiques et le circuit du médicament dans l'hôpital et dans les CHSLD afin de proposer des changements qui permettraient d'améliorer la qualité et l'efficacité des services, le tout dans un contexte de pénurie de ressources humaines difficile à contrer. La centralisation de l'approvisionnement de même que l'implantation de la distribution des médicaments en doses unitaires quotidiennes constituent l'essentiel des solutions retenues qui sont d'ailleurs déjà appliquées à l'hôpital et qui seront graduellement étendues à l'ensemble des installations d'hébergement du CSSS.



Agrément des laboratoires

Tout en poursuivant ses activités habituelles d'analyses des différents prélèvements acheminés aux laboratoires de biologie médicale, les activités de mise à la norme « 15189 » ont marqué le début d'un travail d'amélioration continue de la qualité qui a touché : la structure des processus du manuel de la qualité; la révision des rôles et responsabilités des diverses équipes; la création, la revue et l'approbation de documents; ainsi que l'élaboration d'un plan d'implantation incluant un échéancier. Notons que les laboratoires du CSSS Haut-Richelieu–Rouville affichent une performance enviable en détenant la 4^e place au Québec pour les laboratoires ayant les coûts unitaires les plus faibles pour les tests qu'ils effectuent.

Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)

Le CSSS a assuré la coordination des activités reliées à ce programme qui a été revu de façon à mettre en place les différents outils informatiques et les ressources humaines requises pour assurer la saisie des activités réalisées à l'intérieur de ce programme.



TROIS MISSIONS, UNE SEULE PASSION POUR LES SOINS INFIRMIERS

Pénurie du personnel infirmier

Du côté du dossier majeur de la pénurie de personnel infirmier, des efforts de recrutement importants ont été fournis, en collaboration avec la Direction des ressources humaines, afin d'attirer et de retenir spécialement des infirmières dans notre milieu. Ces efforts concentrés d'abord au Québec (journées carrière, salons d'emploi, colloques) se sont étendus jusqu'en France grâce à notre participation à la Mission de recrutement du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Aussi, pour la prochaine année, nous pourrions compter sur plusieurs nouvelles infirmières expérimentées au sein de notre installation de l'Hôpital du Haut-Richelieu.

Par ailleurs, des liens étroits ont été maintenus avec les maisons d'enseignement (collèges, universités, polyvalentes) afin d'accueillir le maximum de stagiaires grâce à une coordination optimale des demandes et à une collaboration des infirmières de toutes les missions, permettant ainsi d'ouvrir de nouveaux milieux de stages à l'intérieur du CSSS.

En plus des efforts de recrutement, nous avons aussi débuté des travaux afin de revoir l'organisation du travail dans les unités de courte durée de l'hôpital. Notre principal objectif est d'agir sur la charge de travail du personnel soignant, principal facteur contribuant à l'épuisement des ressources. Le groupe de travail est composé de membres du personnel soignant (infirmières, infirmières auxiliaires, préposées aux bénéficiaires) et de gestionnaires.

Transformation de la Direction des soins infirmiers

L'avènement du CSSS et la mise en place de la gestion par programme clientèle ont permis la transformation de la Direction des soins infirmiers en la faisant migrer d'un rôle hiérarchique vers un rôle de type fonctionnel dans l'organisation. En 2006-2007, cette transformation a nécessité de réaliser un exercice de clarification des rôles et des responsabilités au sein de l'organisation en fonction, notamment, des implications légales dévolues à la directrice des soins infirmiers, ainsi que de la gouvernance devant être exercée en soins infirmiers afin de soutenir les meilleures pratiques et de maintenir les plus hauts standards de qualité dans l'établissement.

Soutenir une pratique des soins infirmiers de qualité et sécuritaire

En 2006-2007, plusieurs activités d'évaluation de la qualité des soins (consignation des notes au dossier, culture d'urine et changement du sac collecteur, administration de médicaments) ont été réalisées dans l'établissement. Le suivi de plusieurs indicateurs se poursuit, dont celui concernant les erreurs de médicaments. Depuis l'introduction du système de distribution de type « unidose », nous observons une diminution significative des erreurs de médicaments ainsi qu'une plus grande rapidité à détecter ces erreurs, lorsqu'elles se produisent. Pour que les soins infirmiers soient basés sur des pratiques exemplaires et qu'ils s'exercent en interdisciplinarité, nous avons travaillé à l'élaboration du programme de dysphagie et à la révision du programme de réduction des chutes et des contentions.



Dans un optique d'uniformisation de la pratique des soins infirmiers dans le CSSS, nous avons également procédé à l'implantation des Méthodes de soins infirmiers informatisées (MSII) de l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux.

Des séances de formation ont été données aux infirmières et infirmières auxiliaires afin de mieux comprendre leurs rôles et responsabilités professionnelles (champ d'action et activités réservées) et les changements apportés par le projet de loi 90. Pour soutenir les nouvelles façons de faire, des règles de soins ont été élaborées sur la vaccination, le dépistage sérologique, le partage des activités entre infirmières et infirmières auxiliaires, la délégation des actes infirmiers aux non professionnels (auxiliaires familiales et préposés aux bénéficiaires en résidences non institutionnelles).

Pandémie d'influenza

En préparation à la pandémie d'influenza, le CSSS Haut-Richelieu–Rouville a procédé, en juin 2006, à une nouvelle expérimentation terrain, la première à porter sur un site non traditionnel de soins à l'extérieur des murs de l'établissement. En cas de pandémie, ce site deviendra une composante essentielle de l'organisation des soins en complément d'éléments plus familiers comme le maintien à domicile, les cliniques médicales, l'urgence et l'hôpital.

Ce projet pilote visait à valider le modèle développé par les experts, ainsi que les outils disponibles. En effet, au cœur de cette expérimentation d'une durée de trois jours, des experts du ministère de la Santé et des Services sociaux, des agences de la santé et des services sociaux de toutes les régions du Québec et du CSSS Haut-Richelieu–Rouville ont pu identifier, tester et valider les structures et les processus qui seront nécessaires à la gestion et aux soins des clientèles atteintes s'il se produisait une pandémie d'influenza. À la lumière des résultats obtenus, l'expérimentation a été concluante. Après quelques ajustements apportés à ce modèle-type, celui-ci sera acheminé à l'ensemble des régions du Québec.

Par ailleurs, toujours dans le cadre de la préparation à la pandémie d'influenza et en lien avec les orientations provinciales et régionales, le CSSS Haut-Richelieu–Rouville s'est mobilisé afin de planifier les activités à réaliser advenant une crise de cette ampleur dans six grands secteurs d'activités ciblés, soit : la santé physique, la santé psychosociale, la santé publique, les communications, la sécurité civile et le maintien des activités.

Prévention des infections nosocomiales

En 2005-2006, le CSSS Haut-Richelieu–Rouville lançait une campagne d'envergure de prévention des infections au sein des installations du CSSS et, plus spécifiquement, à l'Hôpital du Haut-Richelieu. Cette campagne – toujours en vigueur – visait à diminuer l'acquisition nosocomiale de maladies infectieuses comme la colite à *Clostridium difficile* et les infections à SARM présentes dans nos établissements. Sous le thème « Les bactéries, non merci ! », la campagne a été lancée auprès de la population locale et de tout le personnel du CSSS.

Des mesures de prévention des infections ont été renforcées et instaurées afin de réduire et de prévenir les infections nosocomiales. À ce chapitre, mentionnons : le grand ménage de tout l'hôpital, le renforcement des équipes de prévention, la campagne de communication, la mise en place d'une politique du visiteur, la création de cohortes, la formation du personnel, etc.



Après deux ans d'application, nous pouvons mentionner que cette campagne a véritablement porté ses fruits puisque les efforts conjugués de tous (employés, visiteurs, usagers) ont permis de diminuer drastiquement l'incidence des infections nosocomiales dans notre établissement. Alors qu'en 2004, nous affichions un taux d'infection parmi les plus élevés au Québec, notre performance se situe maintenant parmi les meilleures! Le palmarès publié en février 2007 par Le Journal de Montréal à partir des données compilées par l'Institut national de santé publique nous plaçait d'ailleurs en 7^e position provinciale dans la catégorie des hôpitaux de plus de 250 lits.

Ainsi, en 2006-2007, notre taux moyen d'incidence de cas nosocomiaux pour le C-difficile a été de 5,9 cas pour 10 000 patients/jour alors qu'il était de 31,3 cas en 2004-2005 (moyenne des 8 dernières périodes de l'année).

TROIS MISSIONS, UNE SEULE PASSION POUR LES SERVICES À L'ENFANCE, AUX FAMILLES ET À LA JEUNESSE

Implantation de la Clinique d'évaluation des troubles envahissants du développement (CETED)

La Clinique d'évaluation des troubles envahissants du développement a débuté ses activités en septembre 2006, à raison de deux jours par semaine. La CETED est née de la volonté du regroupement des partenaires locaux, soit les Services de réadaptation du Sud-Ouest et du Renfort (SRSOR), le Centre montréalais de réadaptation (CMR), la Commission scolaire des Hautes-Rivières et, bien sûr, le CSSS Haut-Richelieu-Rouville, de créer, à partir des ressources existantes, une équipe multidisciplinaire d'évaluation des TED.

La CETED répond à un besoin criant des enfants présentant une présomption de troubles envahissants du développement de recevoir un diagnostic le plus rapidement possible afin d'optimiser les opportunités d'intégration. La clientèle TED étant émergente, nous avons reconnu le besoin, en petite enfance (0-5 ans) pour cette première année, d'augmenter nos activités d'évaluation afin d'éviter une attente difficile à vivre pour les familles.

Le fonctionnement interdisciplinaire de l'équipe diagnostique (pédiatre, ergothérapeute, orthophoniste, travailleuse sociale et psychoéducatrice) correspond aux critères des meilleures pratiques telles qu'énoncées dans les Lignes directrices d'évaluation diagnostique des troubles envahissants du développement en Montérégie 0-18 ans (ASSSM – février 2006).

Nombre d'enfants évalués de septembre 2006 à mars 2007 :	10
Durée moyenne d'une évaluation, pour un professionnel :	14 heures
Durée moyenne d'une évaluation, pour un pédiatre :	10 heures

Déploiement de l'approche « École en santé »

Le déploiement pour l'implantation de l'approche « École en santé » s'est poursuivi dans sept écoles durant l'année scolaire 2006-2007, avec la collaboration de la Commission scolaire des Hautes-Rivières et de la Commission scolaire des Patriotes.

Ainsi, chaque école est accompagnée d'un intervenant pivot du CSSS et d'un conseiller pédagogique de la commission scolaire dans sa démarche de mise en place d'actions globales et concertées en promotion et prévention pour la réussite et le bien-être des élèves. Outre les sept écoles en démarche (deux secondaires et cinq primaires), trois autres écoles ont participé à une journée de sensibilisation à l'approche alors qu'au moins deux autres projettent son implantation au cours de la prochaine année scolaire. Le tandem formé de l'intervenant pivot du CSSS et du conseiller pédagogique de la commission scolaire s'avère une condition de réussite à l'implantation.

Fortes du partenariat en place, l'intervenant pivot, ainsi qu'un nutritionniste du CSSS, ont été appelés à collaborer au processus en cours de révision de la politique alimentaire de la Commission scolaire des Hautes-Rivières.

Allaitement maternel (IAB)





À la suite de l'adoption de la Politique sur l'allaitement maternel, en janvier 2006, le CSSS a poursuivi son cheminement vers la certification « Initiative Amis des Bébé » (IAB) en 2006-2007. Reconnaisant les bienfaits de l'allaitement maternel sur la santé des femmes et des enfants, le CSSS est venu établir concrètement son engagement dans la promotion, la protection et le soutien de l'allaitement maternel en produisant une politique abrégée à être affichée dans chacun de ses sites. En collaboration avec la Direction des communications et la Direction des soins infirmiers, un guide d'information pour le personnel sur la certification IAB a également été produit.

L'année 2006-2007 fut aussi marquée par l'embauche, en septembre, d'une conseillère en soins infirmiers et en allaitement maternel, afin d'assurer dans l'établissement les meilleures pratiques cliniques en la matière et, aussi, d'assurer un lien avec nos partenaires des groupes communautaires.

En 2006-2007, le taux d'allaitement au congé de la mère et du bébé de l'hôpital a grimpé à 86 % comparativement à 82 % en 2004-2005. Le taux d'allaitement au moment du premier contact postnatal avec le CLSC a également connu une hausse dans les deux territoires de CLSC, passant de 79 % à 84 % au site du CLSC du Richelieu, et de 72 % à 78 % au site du CLSC de la Vallée-des-Forts.

Enfin, il est important de noter qu'au cours de l'année 2006-2007, 1 258 naissances ont été enregistrées à l'Hôpital du Haut-Richelieu. D'ailleurs, ce nombre de naissances est à la hausse dans notre région depuis les dernières années où une progression constante est observée. En effet, en 2004-2005, 1 094 naissances avaient été observées, alors qu'en 2005-2006, 1 165 naissances avaient eu lieu.



TROIS MISSIONS, UNE SEULE PASSION POUR... LES SERVICES EN SANTÉ MENTALE

Actualisation de la première ligne en santé mentale jeunesse et adulte

La trame de fond de l'organisation de nos services est le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 "La force des liens". En continuité avec cette grande orientation, la mise en place des services spécifiques de santé mentale s'est poursuivie et développée. L'équipe est maintenant unifiée (1 équipe pour les 2 CLSC) et a harmonisé ses pratiques. En plus d'offrir des services d'évaluation et de traitement, l'équipe interdisciplinaire est le guichet d'accès aux services de santé mentale de 1^{re} et de 2^e ligne pour la population du réseau local. Pour les services aux adultes, ce guichet a été consolidé et regroupe les clientèles de 18-100 ans.

Pour les services offerts à la jeunesse, le guichet a démarré en septembre 2006. Ces deux guichets ont amélioré l'accessibilité aux services de santé mentale et ont conduit à offrir « le bon service, au bon client et au bon endroit » (hiérarchisation des services). Des mécanismes de passage fluides ont été organisés, d'une part, entre les services généraux et les services spécifiques de santé mentale et, d'autre part, entre les services de 1^{re} ligne en santé mentale et les services spécialisés. Les omnipraticiens ont bien répondu à la mise en place du guichet d'accès aux services de santé mentale. En plus, des tables d'accès avec la commission scolaire, les centres jeunesse et les services généraux ont vu le jour. Des collaborations avec les intervenants d'autres secteurs d'activités se sont également formalisées en 2006-2007.

Dans son mandat, cette équipe spécifique doit s'assurer que le traitement de la majorité des personnes (70 %), à la suite de l'évaluation au guichet d'accès en santé mentale, se fasse en 1^{re} ligne. Les résultats atteints correspondent largement aux attentes du Ministère à cet égard et font du CSSS Haut-Richelieu-Rouville un chef de file en cette matière.

Ressources de type familial en santé mentale

Les 15 et 16 novembre 2006, le CSSS a reçu la visite d'une équipe ministérielle mandatée par le ministre de la Santé et des Services sociaux dans le but d'apprécier la qualité des services aux usagers dans les ressources de type familial. Un rapport comprenant des recommandations nous a été transmis et, à la suite de ce rapport, un plan d'action a été présenté à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Ce plan propose des actions visant l'amélioration continue de la qualité des services en ressources non institutionnelles en santé mentale.

Un travail de sensibilisation s'appuyant sur le cadre de référence "La pratique professionnelle et la ressource de type familial" a été réalisé auprès des différents propriétaires de ressources et aux intervenants ressources et usagers dans le but d'orienter toutes les interventions auprès de l'usager. Ainsi, des visites du CSSS se sont effectuées dans les ressources pour préciser les orientations en matière de santé mentale en accentuant notre intervention sur les points suivants: le respect des droits des usagers, la sécurité des usagers, la réadaptation, la qualité des services et la responsabilité partagée. Nous avons également insisté sur l'importance de la contribution particulière des ressources d'hébergement auprès de la clientèle pour favoriser leur intégration et leur participation sociale. Nous continuerons, d'ailleurs, à porter une attention spécifique à ces ressources qui oeuvrent auprès de notre clientèle.



Ces voix oubliées !

Lors de la semaine de la santé mentale, soit en mai 2006, il y a eu une première édition du spectacle intitulé « Ces voix oubliées ». Cette activité fait dorénavant partie de la programmation annuelle de la Direction réseau – Santé mentale.

C'est à l'hiver 2005 que le projet novateur a pris naissance, grâce à la complicité d'un auteur-compositeur-interprète et professeur de chant professionnel, Serge Vincent. Ce dernier a donné des cours de chant à une femme souffrant de schizophrénie et a vite constaté les bienfaits de l'activité par la voix de l'accomplissement. Elle était la seule dans sa famille de 13 enfants à souffrir d'une maladie mentale et à ne pas chanter ou à ne pas jouer d'un instrument; elle était exclue. Après cet essai enrichissant, il a voulu permettre à d'autres personnes de vivre cette expérience.

Ainsi, le Centre de Santé et de services sociaux Haut-Richelieu–Rouville a mis de l'avant un projet de cours de chant donnés par un professionnel auquel ont participé des adultes atteints de «maladie mentale». Le projet visait à leur offrir une opportunité de se réaliser en utilisant le chant pour s'inscrire dans une vie active. Chaque semaine, pendant plusieurs mois, les usagers ont reçu une formation en chant, tant individuelle que de groupe. Ils ont traversé cette formation, le choix de leur répertoire, la production d'un DC et d'un spectacle, de même qu'une tournée à travers quelques centres d'hébergement. C'est le 6 mai 2006 que les artistes se sont produits devant une salle comble de 450 personnes avec une chorale et une harmonie provenant d'une école du primaire. L'auditoire était composé à plus de 90 % de personnes provenant de la population.

De plus, des usagers ont participé à la production des objets promotionnels par la création de l'illustration de « Ces voix oubliées » pour les affiches, les chandails et la pochette du DC. L'atelier Schizo a permis la production des chandails par la mise à contribution de travailleurs souffrant de problèmes graves de santé mentale. Deux organismes communautaires, soit L'Éclusier et le Point Commun, ont supporté les clients dans leur démarche. Il s'agit donc d'une belle collaboration en réseau entre la Commission scolaire des Hautes-Rivières, les organismes communautaires et le CSSS Haut-Richelieu–Rouville.

Ce projet a connu beaucoup de succès et a contribué grandement à sensibiliser la population aux différents aspects entourant la maladie mentale. Il a fait en sorte de redonner une dignité à ces personnes et de contribuer à diminuer les préjugés que ces maladies entraînent. Entendre « Ces voix oubliées » a permis de constater l'impact de la voie du rétablissement et de croire que tout est possible.



TROIS MISSIONS, UNE SEULE PASSION POUR... ... LES SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

VOLET INSTITUTIONNEL

Évaluation de l'adéquation entre les besoins de la clientèle et les ressources disponibles

Au cours de l'année 2006-2007, une étude visant à évaluer l'adéquation entre les besoins de la clientèle et les ressources disponibles pour y répondre a été réalisée pour l'ensemble de nos six centres d'hébergement. L'analyse des résultats a, notamment, permis de dégager des disparités entre nos différents centres. Un exercice d'harmonisation est toutefois prévu d'ici décembre 2007 dans le but d'assurer à notre clientèle l'expertise ainsi que la sécurité nécessaires aux nouvelles réalités et défis de nos centres d'hébergement. Cet exercice fait d'ailleurs partie d'un plan d'action en voie de réalisation qui vise principalement une meilleure répartition de nos effectifs dans chacune de nos installations, ainsi qu'une analyse des rôles de chacun en conformité avec les attentes organisationnelles, nos responsabilités légales, mais aussi dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre et de la philosophie « milieu de vie ».

Suivi des visites ministérielles dans les centres d'hébergement

Au cours des dernières années, trois de nos centres d'hébergement ont reçu l'équipe des visites ministérielles afin d'évaluer, notamment, les services offerts à notre clientèle, nos infrastructures, nos façons de faire. Les centres visités à ce jour sont la Résidence St-Joseph de Chambly, de même que le Centre Georges-Phaneuf et le Centre Gertrude-Lafrance, tous deux situés à Saint-Jean-sur-Richelieu.

Le Centre Georges-Phaneuf, qui a été visité en 2003, avait reçu dix recommandations d'amélioration qui ont été réalisées à 95 % jusqu'à maintenant. Quant à la Résidence St-Joseph, visitée en 2004, vingt-huit recommandations diverses ont été mises en application à 95 %. Des besoins en ressources d'orthophonie ont été identifiés afin de compléter l'ensemble des recommandations. Pour sa part, le Centre Gertrude-Lafrance a reçu la visite de l'équipe ministérielle en 2005 qui lui a formulé vingt-cinq recommandations diverses. Le plan d'action ciblant les correctifs à apporter est actuellement en voie de réalisation.

Formation à la méthode de soins Gineste-Marescotti

À l'instar d'autres établissements de santé et de services sociaux, le CSSS Haut-Richelieu-Rouville a adhéré à la méthodologie de soins proposée par Yves Gineste et Rosette Marescotti et dont les objectifs sont, notamment, de mettre en place une culture de soins basée sur une philosophie qui priorise l'individualisation du résident tout en y incluant l'évolution du rôle du soignant et les attentes des familles et des proches; redéfinir le rôle du soignant; acquérir un savoir-faire en communication verbale et non-verbale; et renforcer le concept « milieu de vie ».



Ainsi, de février à avril 2007, le CSSS Haut-Richelieu–Rouville a débuté l’implantation de la méthode de soins Gineste-Marescotti en offrant la formation requise dans deux de ses centres d’hébergement, soit la Résidence St-Joseph et le Centre Georges-Phaneuf. Les quatre autres centres, soit la Résidence Champagnat, la Résidence Ste-Croix, la Résidence Val-Joli et le Centre Gertrude-Lafrance, recevront cette formation à compter de septembre 2007 et de janvier 2008.

Notons que la formation Gineste-Marescotti s’effectue en trois phases distinctes. La première phase, qui est celle de l’introduction, vise à sensibiliser 70 % du personnel, tous postes confondus, à l’implantation de cette méthode de soins. Quelques 115 participants ont d’ailleurs été enregistrés. La deuxième phase vise à former 50 % du personnel soignant directement en contact avec les usagers. À ce jour, ce sont 42 personnes qui ont été formées à titre d’accompagnateur. La dernière étape a pour objectif de former des agents multiplicateurs. Ces derniers sont choisis parmi les accompagnateurs pour recevoir une formation plus avancée, tant au plan technique qu’au plan de l’application des concepts. Leur rôle consiste à assurer une ressource consultative permanente à l’interne en plus de poursuivre la formation du personnel de leur centre qui n’a pas été formé. Dans les deux centres ayant reçu la formation, 10 personnes ont été formées à titre d’agents multiplicateurs (référents).

Par ailleurs, dans le cadre de la formation, des rencontres d’information ont été organisées pour les résidents, leurs familles, ainsi que les bénévoles.

Les commentaires reçus jusqu’à présent font état que cette formation est très appréciée et qu’elle permet d’obtenir des résultats positifs concrets et de modifier des approches avec succès. Des réunions d’équipe hebdomadaires permettent, notamment, de discuter des « bons coups » et des nouvelles approches à développer auprès des résidents. Le groupe des référents est aussi très motivé à transmettre son savoir auprès de ses pairs à compter de l’automne 2007. Ainsi, en décembre de la même année, tout le personnel de ces deux centres aura reçu la formation.

VOLET NON-INSTITUTIONNEL

Ouverture de places en ressources intermédiaires

En septembre 2006, le CSSS Haut-Richelieu–Rouville ouvrait un deuxième milieu de vie de douze places en ressources intermédiaires sur le territoire du CLSC de la Vallée-des-Forts pour les personnes présentant des déficits cognitifs avec priorisation des admissions pour les clients en attente d’hébergement en CHSLD. Cette ouverture s’inscrivait dans un contexte de débordement important à l’urgence de l’hôpital et d’un manque de disponibilité d’espaces physiques dans la ressource intermédiaire déjà existante à la Résidence du Haut-Richelieu.

Toujours dans le même contexte de débordement à l’urgence de l’hôpital, l’offre de services à la résidence Manoir Soleil a été révisée en tenant compte des opportunités découlant du réaménagement des lieux physiques de la résidence, des besoins des clients qui y étaient hébergés, des clients inscrits en liste d’attente et de l’expertise de l’équipe de la résidence. Ainsi, en septembre 2006, 20 places provisoires ont été transformées en 15 places de type ressource intermédiaire pour accueillir 15 personnes présentant une perte d’autonomie physique et des déficits cognitifs dans un nouveau milieu de vie aménagé à l’étage de la résidence. Les autres places ont été maintenues pour accueillir des personnes en attente d’une place en CHSLD, et les nouveaux espaces physiques ont permis d’ouvrir des places additionnelles pour cette clientèle.



Rehaussement des services infirmiers et psychosociaux en soutien à domicile

Des budgets additionnels octroyés en 2006-2007 visaient à réduire les listes d'attente en services psychosociaux à domicile. Compte tenu d'absence de personnel psychosocial et de la difficulté de recrutement pour des remplacements, il n'a pas été possible d'actualiser le rehaussement des services. Par contre, pour les services infirmiers, les budgets octroyés ont permis de faire en sorte qu'aucune personne ne reste en attente de services après une hospitalisation. La proportion de personnes en perte d'autonomie inscrite à des services infirmiers a augmenté de près de 4 %; ces personnes nécessitant des services sur une longue période, il serait difficile de répondre aux nouvelles demandes sans rehaussement des services.

Toutefois, au cours de la dernière année, ce sont globalement 100 personnes présentant une perte d'autonomie de plus qui ont reçu les services du soutien à domicile.

Pré-déploiement d'un programme d'intervention de groupe pour la prévention des chutes (programme PIED)

Dans le cadre des priorités de santé publique établies pour les personnes âgées, des budgets ont été octroyés afin de permettre le déploiement du programme PIED (Programme intégré d'équilibre dynamique) sur le territoire du CSSS Haut-Richelieu–Rouville. Une thérapeute en réadaptation physique a été formée pour l'actualisation de ce programme qui vise à prévenir les chutes à domicile chez les personnes âgées en proposant des exercices en groupe et des conseils qui leur permettront d'améliorer leur équilibre. Les premiers ateliers sont prévus pour l'année 2007-2008.

Harmonisation des pratiques en centres de jour

Depuis le printemps 2005, les responsables des programmes des centres de jour au CSSS Haut-Richelieu–Rouville ont amorcé une démarche d'analyse de l'offre de services en lien avec le cadre de référence proposé en Montérégie. Le plan d'action présenté à l'automne 2005 prévoyait, entre autres, une harmonisation des pratiques. Depuis septembre 2006, toutes les contributions demandées aux clients inscrits en centre de jour, quelque soit l'installation, sont maintenant identiques. Par ailleurs, grâce à une mise en commun des ressources humaines et matérielles de chacun des centres de jour, une première expérience d'un groupe spécialisé AVC a été offerte à l'ensemble de la population ciblée du territoire du CSSS. Ce premier groupe de 14 personnes s'est prévalu du programme qui consiste en une série de 9 rencontres hebdomadaires incluant informations, classe d'exercices adaptés et échanges.

Portrait des services offerts en résidences privées pour personnes âgées

Au cours de l'année 2006-2007, une démarche ayant pour but de dresser le portrait des résidences privées pour personnes âgées, tout en identifiant leurs attentes par rapport au CSSS, a été effectuée. Afin de mener à bien cette démarche, 58 responsables de résidences privées (46 sur le territoire du CLSC de la Vallée-des-Forts et 12 sur le territoire du CLSC du Richelieu) ont été contactés par le CSSS. Cette démarche a permis de constater que la très grande majorité des résidences du territoire offre des services d'assistance personnelle (aide à l'hygiène et à la mobilité, distribution de médicaments, etc.), alors que moins du quart de celles-ci offrent des services en soins infirmiers. Les besoins et attentes identifiés par les responsables concernant le CSSS ont surtout trait à la précision de l'offre de services publics, de même qu'aux modalités de concertation et de complémentarité



public/privé (transmission d'informations, personnes ressources, besoins des clients hébergés, besoins de la résidence, etc.). La démarche entreprise cette année se poursuivra dans le contexte de la mise en application du processus régional de certification des résidences pour personnes âgées. Notons, enfin, que les types de résidences privées sur notre territoire varient du complexe avec appartements et chambres à la résidence accueillant dans son domicile moins de 9 personnes.



TROIS MISSIONS, UNE SEULE PASSION POUR... ... LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Planification stratégique des ressources informationnelles

L'année 2006-2007 fut une année charnière pour les ressources informationnelles. Le coup d'envoi a été l'élaboration de la planification stratégique des ressources informationnelles incluses dans un document guide pour l'ensemble de nos actions pour les cinq prochaines années. Ces domaines d'action ciblent, notamment, les éléments suivants:

- **Organisation et gestion**

Dans le but de tenir compte des orientations stratégiques de la gouvernance et de la mise en place des meilleures pratiques de gestion en technologies de l'information, un cadre de travail a été déployé au cours de 2006-2007 afin de s'assurer de la meilleure coordination possible des efforts des ressources humaines concernées **Technologies et infrastructures**.

Une révision complète de nos infrastructures a été amorcée en 2006-2007. Certains constats ont été observés, à savoir : un réseau de télécommunications à bout de souffle, des équipements désuets, certaines failles au niveau de la sécurité des actifs informationnels, etc. Un plan d'action couvrant l'ensemble des besoins sera d'ailleurs proposé en 2007-2008.

- **Sécurité**

La sécurité des actifs informationnels est devenue une préoccupation majeure des intervenants oeuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux. Étant donné l'importance stratégique des systèmes d'information utilisés par les membres du personnel du CSSS Haut-Richelieu-Rouville, de même que la nature sensible des informations qu'ils traitent, la sécurisation des actifs informationnels devient un enjeu stratégique pour le CSSS Haut-Richelieu-Rouville. Un plan de mise en œuvre a été élaboré pour être présenté en juin 2007. Rappelons d'ailleurs qu'en février 2007, un important virus informatique est venu perturber les activités régulières du réseau de la santé et des services sociaux et, par le fait même, le CSSS Haut-Richelieu-Rouville pendant quelques jours. Cette problématique a nécessité une intervention rapide et ciblée de tous les membres de l'équipe des ressources informationnelles afin de rétablir la situation dans les meilleurs délais.

- **Systèmes d'information**

Pour faire face au contexte budgétaire et aux demandes de la gouvernance, les applications administratives doivent être restructurées, harmonisées et déployées dans un contexte de bénéfices accrus pour l'organisation. La révision des processus d'affaires est un incontournable en tenant compte des besoins des secteurs administratifs, mais encore plus en tenant compte des besoins de l'ensemble des gestionnaires de l'organisation. Ce projet s'est concrétisé en cours d'année 2006-2007.



Élaboration et actualisation d'un plan pour contrer la désuétude des postes informatiques

L'année 2006-2007 a été une année de rebondissements en regard de la désuétude des postes. Pour une première fois au niveau de l'ensemble des installations du CSSS, l'acquisition des postes informatiques en mode locatif a été mise de l'avant afin de contrer la désuétude, et ce, pour les sept prochaines années. Cette nouvelle façon de faire a été retenue dans un principe d'économie et de qualité, et compte tenu de l'importance grandissante des technologies de l'information.

Mise en place du bureau de projets

L'introduction du bureau de projets dans l'organisation des ressources informationnelles est un gage de succès pour mener à bien tous les projets nécessitant des ressources informationnelles. Un projet informatique est réussi lorsque les coûts et les délais sont maîtrisés, les besoins des utilisateurs rencontrés, les critères de qualité respectés, la gestion des risques connue de tous, la gestion du changement bien en place.

Pour l'année 2006-2007, l'équipe du bureau de projets a élaboré 79 projets informatiques, tant au niveau des applications que des infrastructures. De ce nombre, 20 projets ont été finalisés à 100 %, alors que 30 projets sont à plus de 50 % de réalisation et que les autres en sont rendus à des étapes qui varient entre 5 et 49 % d'actualisation.



TROIS MISSIONS, UNE SEULE PASSION POUR... ... LES COMMUNICATIONS

Organisation des communications

Le secteur des communications publiques couvre à la fois les communications internes et externes, de même que les relations publiques. Le rôle qui y est joué en est un de nature stratégique, mais également de support à l'organisation dans la mise en œuvre de ses activités de natures variées. En effet, les enjeux en santé et services sociaux sont nombreux et exigent la mise en place d'interventions publiques de toutes sortes qui sont adéquates, judicieuses et transparentes.

Communications internes

Du côté des communications internes, plusieurs activités et outils ont été réalisés à l'intention du personnel au cours de l'année 2006-2007. Notons, particulièrement, la publication du bulletin d'information interne « Le Trait d'union » diffusé à 3 000 exemplaires par parution; d'une brochure d'information portant sur le Projet clinique « De l'union des gouttes d'eau naissent les océans... »; d'un guide d'information pour le personnel sur la certification « Initiative Amis des Bébés » dans le cadre de la politique sur l'allaitement maternel; de même que de feuillets spéciaux et divers documents de présentation. De plus, mentionnons également la participation des communications à l'organisation d'événements de toutes sortes tels que « Sonate aux étoiles » qui souligne les années de service des membres du personnel et le lancement public du Projet clinique, pour ne nommer que ceux-ci.

Communications externes

En 2006-2007, plusieurs communications externes originales et segmentées selon nos différentes clientèles ont été produites au CSSS Haut-Richelieu-Rouville, soit en promotion et prévention ou, encore, pour le bénéfice des services à la clientèle des différents secteurs d'activités de l'organisation. Ces communications ont, notamment, pris la forme de dépliants d'information, d'affiches, de brochures, de campagnes d'information visant des clientèles particulières, de mise à jour du site Web, d'organisation d'événements, etc. À ce chapitre, mentionnons, notamment, la réalisation d'une campagne de recrutement de personnel visant l'embauche de 30 infirmières à la Centrale régionale d'Info-Santé. Sous le thème « 30 postes pour 30 infirmières chanceuses ! », cette campagne, qui sortait des sentiers battus (par le thème développé et les moyens de diffusion et d'applications retenus), a permis d'atteindre l'objectif souhaité, et même au-delà. En prévention des infections, de nouveaux produits de communication s'adressant aux visiteurs ont aussi été déclinés de la campagne originale « Les bactéries, non merci ! » déjà présente dans l'établissement depuis 2005-2006.

Relations publiques

Enfin, au cours de la dernière année, la rédaction de dizaines de communiqués de presse, la préparation de nombreuses interventions médiatiques et l'organisation de plusieurs conférences de presse de toutes sortes pour



nos différents services et de quelques visites ministérielles permettant l'annonce de projets d'envergure ont été effectuées par le CSSS Haut-Richelieu–Rouville. Ainsi, pratiquement toutes les semaines de l'année ont fait l'objet d'une couverture médiatique pour des sujets très diversifiés, nous permettant de toucher un grand nombre de sphères d'activités présentes dans notre établissement.

Élections au Conseil d'administration de l'établissement

L'année 2006-2007 a également été celle de l'élection des membres des conseils d'administration pour l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Cet exercice démocratique d'envergure s'est déroulé rondement au CSSS Haut-Richelieu–Rouville, tant pour les collèges de désignation que pour le collège électoral de la population. Des élections publiques ont d'ailleurs eu lieu afin de combler les quatre postes prévus à ce dernier collège puisque 20 candidats avaient proposé leur candidature. Au terme de la journée électorale, 1 194 électeurs avaient exercé leur droit de vote, ce qui représente un taux de votation de 0,94 %, soit le 2^e taux le plus élevé en Montérégie qui affiche une moyenne de 0,53 %. Du côté des collèges de désignation, des élections internes ont également été nécessaires afin de combler les postes prévus aux collèges : « personnel non clinique », « conseil des infirmiers et infirmières » et « conseil multidisciplinaire. ».



TROIS MISSIONS, UNE SEULE PASSION POUR... ... LES RESSOURCES HUMAINES

Les négociations locales des conventions collectives

L'adoption de la *Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic*, mieux connue sous l'appellation de « loi 30 », a introduit une décentralisation significative de la négociation de la convention collective. Conformément aux dispositions de cette loi, le CSSS Haut-Richelieu–Rouville disposait, au 1^{er} septembre 2005, d'une période de 24 mois pour négocier localement les 26 matières prévues à la Loi, lesquelles visent, notamment, la notion de poste, l'aménagement des heures et de la semaine de travail, le développement des ressources humaines, la gestion des congés payés et de la liste de rappel. Étant donné l'importance de ces matières, cette négociation locale constitue sans l'ombre d'un doute un levier important à la mise en place de notre nouvelle organisation, tout en représentant une occasion privilégiée pour obtenir plus de souplesse et de flexibilité dans l'utilisation de nos ressources humaines, dans le but de mieux répondre aux besoins de notre clientèle.

Cet important dossier a retenu toute notre attention au cours de l'année écoulée, tant au chapitre de la détermination des enjeux de la négociation que de l'identification des objectifs de négociation et de la rédaction des dépôts auprès de la partie syndicale. La structure patronale de négociation, de même que les mécanismes de consultation et de concertation, a permis l'implication des gestionnaires tout au long de la démarche, faisant de cette dernière une priorité organisationnelle. La participation des gestionnaires au sein des comités aviseurs à la négociation a permis aux équipes de négociation de s'assurer que les changements préconisés et les échanges avec la partie syndicale soient empreints de la réalité vécue dans l'ensemble des installations de l'établissement et soient le reflet des besoins de la clientèle.

La négociation se poursuit jusqu'à la fin de l'été 2007 et la conclusion de ces négociations, incluant la signature des ententes, est souhaitée pour l'automne 2007.

Le développement organisationnel

Depuis la création de notre CSSS, les employés et médecins vivent trois changements stratégiques majeurs : la fusion de trois établissements (trois cultures), un nouveau plan d'organisation par programme clientèle et la mise en place du Projet clinique fondé sur une approche populationnelle. Chacun de ces changements peut se définir comme une transformation organisationnelle majeure, car ils touchent des aspects clés du système organisationnel.

Dans un but d'accompagnement des gestionnaires et des équipes de travail dans ce contexte de transformation, nous avons élaboré un plan d'accompagnement de la gestion du changement qui vise à soutenir les acteurs touchés par les trois changements majeurs. Ce plan s'inscrit dans une démarche continue de développement de l'organisation. Il comprend des mécanismes de suivi des préoccupations des personnes vivant des changements importants, ainsi que des activités visant à les soutenir dans ce contexte. Dans ce cadre, un plan de développement des ressources humaines a été élaboré en lien avec les priorités et les orientations stratégiques de l'organisation.



Par ailleurs, au niveau de la phase 3 de la structure organisationnelle résultant de notre fusion, nous avons poursuivi les travaux permettant de finaliser la nomination des cadres intermédiaires au sein de l'organisation. Dans la même foulée, l'approche par programme clientèle mise en place nous a amenés à prévoir quelques modifications en termes de regroupement d'activités. Cet exercice vise à assurer une meilleure continuité de services à la clientèle. Les travaux sont en cours, et la coordination avec le personnel concerné et les différentes instances étant préalables à sa mise en œuvre, cette dernière phase sera réalisée l'an prochain.

La gestion de la présence au travail

La pénurie de main-d'œuvre qui sévit actuellement dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux fait en sorte que le dossier de la gestion de la présence au travail s'inscrit au cœur des préoccupations des organisations.

En 2006-2007, nous avons élaboré et mis en application un plan d'action visant à réduire les coûts en assurance-salaire et en accidents de travail et lésions professionnelles dans deux installations de notre CSSS qui affichaient une non-performance. Cet important exercice a engendré des bénéfices considérables puisque, d'une part, la réduction des coûts en assurance-salaire dans ces installations est supérieure à 400 000\$ et que, d'autre part, la diminution des heures payées en assurance-salaire est inversement proportionnelle à l'augmentation des heures disponibles pour le travail.

Toutefois, malgré ces résultats, la performance globale qu'affiche notre CSSS à ce chapitre au 31 mars 2007 est tout à fait identique à celle de l'année précédente. En effet, le ratio obtenu en comparant les heures payées en assurance-salaire avec les heures totales travaillées est passé de 6,39 %, qu'il était au 31 mars 2006, à 6,45 %. Ces résultats démontrent une augmentation des heures payées en assurance-salaire dans les autres installations que celles visées par le plan de redressement, phénomène également observé dans l'ensemble de la Montérégie pour la même période.

En matière d'accidents de travail et de maladies professionnelles, soulignons une diminution significative de la fréquence des événements et de la gravité des réclamations, faisant en sorte que le taux de cotisation par mission est demeuré inférieur au coût de l'unité.

TROIS MISSIONS, UNE SEULE PASSION POUR... ... LES RESSOURCES FINANCIÈRES ET TECHNIQUES

Projets d'immobilisation majeurs annoncés cette année

L'année 2006-2007 a, sans contredit, été l'année de tous les projets puisqu'elle a permis l'annonce ministérielle de deux projets d'immobilisation majeurs qui nous tenaient véritablement à cœur depuis plusieurs années.

En effet, une première annonce ministérielle d'envergure, soit **l'agrandissement de notre urgence hospitalière** aux coûts d'un peu plus de 23 millions de dollars, a été réalisée en 2006-2007 par le ministre de la Santé et des Services sociaux. La réalisation de ce projet nous permettra, notamment, d'augmenter notre capacité de civières, les faisant passer de 28 à 38, de doubler le nombre de nos salles de traitement ambulatoire (de 5 à 10), et de desservir notre clientèle dans un lieu mieux adapté à nos réalités quotidiennes ainsi qu'à la croissance importante du nombre d'usagers qui fréquentent notre urgence d'une année à l'autre. Dès février 2007, l'étape « concept » a été approuvée par le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'étape de consultation permettant l'élaboration des plans et devis préliminaires a également débuté.

Par la suite, soit à l'automne 2006, une deuxième visite ministérielle a été l'occasion d'une importante annonce, soit **l'agrandissement et le réaménagement du 2^e étage de notre installation de l'Hôpital du Haut-Richelieu** au coût d'un peu plus de 23 millions de dollars. À la suite d'un appel d'offres public, les professionnels rattachés à ce dossier ont été nommés en mars 2007 et la première rencontre de démarrage du projet a eu lieu à la même période. Soulignons que ce projet a pour but d'agrandir et de réaménager le bloc opératoire, les soins intensifs et les laboratoires. Ces travaux nous permettront de quasi doubler la superficie totale de l'espace prévu pour ces services.

Par ailleurs, en avril 2005, le ministre de la Santé et des Services sociaux procédait à l'annonce officielle de l'acquisition et de l'aménagement de la **résonance magnétique dans notre CSSS** prévue pour l'automne 2007, au coût de 2,8 millions de dollars. Au cours de 2006-2007, cette annonce nous a amené à préparer un plan d'orientation immobilier dont le résultat nous a confirmé de privilégier l'optimisation de nos locations d'espaces et le regroupement de certaines de nos équipes de type administratif à l'extérieur de nos installations à vocation de soins et de services à la population, et d'ainsi libérer l'espace nécessaire à l'installation de la résonance magnétique. En janvier et février 2007, nous avons donc procédé à des améliorations locatives nous permettant de déménager plus de 150 employés. Par la même occasion, nous avons regroupé le personnel d'un même programme clientèle sous un même toit.

D'autres projets très importants se sont également concrétisés au cours de la dernière année. À ce chapitre, mentionnons, notamment, l'inauguration, en janvier 2006, du **Centre de lutte contre le cancer** situé à l'Hôpital du Haut-Richelieu dont la réalisation des travaux nous a permis d'y déménager notre service d'oncologie. Ces travaux ont eu lieu particulièrement grâce à la contribution de la Fondation de l'Hôpital du Haut-Richelieu qui, par son activité publique de la Course des canards, a permis d'amasser les fonds nécessaires. Ces locaux sont bien adaptés pour ce type de clientèle et leur réalisation a permis, par le fait même, de libérer de l'espace pour poursuivre les travaux d'aménagement reliés à la résonance magnétique.



Enfin, dans le cadre du plan fonctionnel et technique préétabli, **des travaux** au coût de 3 millions de dollars ont été réalisés **au Centre Georges-Phaneuf et au Centre Gertrude-Lafrance**. Ces travaux ont surtout permis d'améliorer la fonctionnalité de certains locaux, des installations sanitaires et des équipements adaptés aux nouvelles réalités de la clientèle hébergée.

Du côté des services techniques et financiers internes

Le 1^{er} avril 2006, nous avons procédé à l'unification des systèmes des ressources financières et matérielles, et à leur déploiement au sein du CSSS Haut-Richelieu–Rouville. C'est un exercice qui a nécessité une importante adaptation au changement chez l'ensemble de nos gestionnaires.

Par ailleurs, du côté des services d'hôtellerie, notre équipe d'hygiène et de salubrité a contribué grandement au dossier de la prévention des infections. Quant au secteur de l'alimentation, un rehaussement important des services nutritionnels offerts à la clientèle hébergée de la Résidence Champagnat a été réalisé. L'élaboration d'un processus de standardisation de l'approvisionnement des denrées alimentaires et le partage de l'expertise et des ressources ont également été mis en place pour l'ensemble du CSSS.



TROIS MISSIONS, UNE SEULE PASSION POUR... ... LA QUALITÉ, LES RELATIONS AVEC LA CLIENTÈLE ET LA GESTION DES PLAINTES

Mise oeuvre des structures et des processus de vigie, de surveillance et de reddition de compte

En matière de qualité et de sécurité, l'année 2006-2007 a été marquée par la mise en oeuvre des structures et des processus en qualité découlant des nouvelles dispositions législatives du projet de loi 113 et de la loi 83, soit le comité de gestion des risques et de la qualité, le sous-comité de gestion des risques, le comité des usagers, le comité d'éthique clinique, le comité de vigilance et de la qualité, et pour établir les liens fonctionnels avec le nouveau commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Ces instances favorisent la participation multidisciplinaire à l'échelle du CSSS sur les plans opérationnel et stratégique dans les dossiers qualité et sécurité. Elles ont aussi favorisé l'implication des acteurs autour de la mise en place des pratiques organisationnelles requises en matière de sécurité et à l'analyse éthique de situations cliniques afin d'émettre des avis pour supporter les équipes dans des choix parfois difficiles. Des actions plus concertées sont possibles par les liens établis entre les instances, par exemple lorsqu'un arrimage est fait entre les dossiers de plaintes et les dossiers communs en lien avec les volets réclamation, accident, poursuite et cibles d'amélioration de la qualité.

Amélioration continue de la qualité

En 2006-2007, un travail d'arrimage a été fait entre la démarche du Projet clinique et la démarche d'agrément/amélioration continue de la qualité au niveau des équipes participantes et du contenu à traiter. Cette façon de faire a permis de faire connaître la démarche d'agrément et d'amélioration continue de la qualité aux équipes du CSSS et, aussi, aux partenaires du réseau local qui ont participé au Projet clinique. Cette collaboration entre les leaders des deux démarches basées sur une approche populationnelle a permis l'intégration des activités et des concepts. En cours d'année, une nouvelle planification des activités reliées à l'agrément a été réalisée à la suite des changements majeurs apportés par le Conseil canadien d'agrément des services de santé à son programme d'agrément. L'année 2007-2008 sera consacrée à la démarche d'autoévaluation pour tous les secteurs du CSSS et à la réalisation des plans d'action pour les trois années qui suivront en matière de qualité.

La prestation sécuritaire des soins et des services

Le CSSS a travaillé de façon collaborative à poursuivre l'implantation d'une culture de sécurité à l'échelle de l'organisation par la formation du personnel à la gestion des risques et la mise en oeuvre des processus et des outils de suivi requis. Des façons de faire pour le CSSS ont été mises en place ou précisées pour le suivi et l'analyse des événements sentinelles, des incidents et des accidents, des recommandations du coroner, des dossiers d'assurance, des risques de poursuite et des dossiers de poursuite, ainsi que pour la gestion serrée des réclamations des usagers. Par la sensibilisation du personnel faite à plusieurs niveaux par plusieurs acteurs et en suscitant une participation de tous, on travaille ensemble à élargir la conscience à la prestation de services de meilleure qualité et plus sécuritaires à nos usagers.

Les plaintes des usagers

Au cours de l'année 2006-2007, année de l'entrée en fonction de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité relevant du Conseil d'administration, un total de 343 demandes ont été reçues. De ce nombre, la commissaire a ouvert différents dossiers : 141 assistances, 119 plaintes, 17 interventions et 19 consultations. Elle en a traité 245 ; 78 dossiers de plaintes et huit dossiers d'interventions ont été conclus. Il faut aussi souligner que 19 membres du personnel ont consulté la commissaire sur des questions reliées aux droits des usagers. En outre, du côté des plaintes visant un médecin, 40 dossiers ont été conclus par les deux médecins examinateurs qui se sont succédés et deux par le Comité de révision.

En comparaison, notons qu'en 2006-2007, ce sont 78 dossiers de plaintes qui avaient été conclus. Au cours de la dernière année, on constate qu'il y a eu une augmentation importante de 181 % des dossiers conclus par rapport à l'an précédent. Dans 56 % des cas, les usagers se sont fait représenter pour l'examen de leur plainte. Dans 85 % des dossiers, la plainte était formulée verbalement. Pour ce qui est des conclusions, 54 % ont porté sur des services reçus à l'hôpital, 29 % au CLSC de la Vallée-des-Forts et 9 % au CLSC du Richelieu. Seulement 8 % des plaintes, soit six, ont porté sur des services en CHSLD. Enfin, 69 % des plaintes ont été conclues dans un délai de 45 jours ou moins.

Les deux tableaux qui suivent dressent, d'une part, le bilan des plaintes reçues et traitées au cours de l'année 2006-2007 et, d'autre part, la nature des objets de plaintes rencontrés au cours des dernières années :

Bilan des dossiers reçus et conclus par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services, par le médecin examinateur ainsi que par le Comité de révision en 2006-2007					
Instance	Type de dossier	Dossiers en voie de traitement au 1 ^{er} avril 2006	Dossiers reçus durant l'année (du 1 ^{er} avril 2006 au 31 mars 2007)	Dossiers conclus durant l'année (du 1 ^{er} avril 2006 au 31 mars 2007)	Dossiers en voie de traitement au 31 mars 2007
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	Plaintes	3	119	78	44
	Interventions	0	17	8	9
	Assistances	0	141	140	1
	Consultations	0	19	19	0
Médecin examineur	Plaintes MDPR (Médecins- Dentistes- Pharmaciens- Résidents)	6	43	38	11
Comité de révision	Plaintes MDPR (Médecins- Dentistes- Pharmaciens- Résidents)	0	4	2	2
Total des dossiers		9	343	285	67



Nombre d'objets de plaintes pour les années 2004-2005, 2005-2006, 2006-2007				
Objets	Nombre d'objets de plaintes par année			
	2004-2005	2005-2006	2006-2007	%
Soins et services dispensés (habileté technique, jugement, intervention)	22	21	20	18
Relations interpersonnelles (comportement/attitude)	21	17	24	21
Accessibilité des services (manque de service, continuité, etc.)	9	5	41	37
Organisation du milieu (environnement, propreté, stationnement, intimité, etc.)	8	2	16	14
Aspect financier (frais d'hébergement, d'ambulance, médicaments, etc.)	5	7	2	2
Droits particuliers	1	2	9	8
Autre objet	0	0	0	0
Total	66	54	112	100







Partie 5 :

États financiers et analyse des résultats des opérations





RAPPORT DES VÉRIFICATEURS

Aux membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu–Rouville

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 Haut-Richelieu–Rouville de l'exercice terminé le 31 mars 2007, lequel a été présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 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 sur 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;
- * 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 du Québec;
- * 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 du Québec, à l'exception des éléments mentionnés à l'annexe 1, 2 et 3 du rapport du vérificateur;
- * 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 financier 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 financier annuel, sont valables;

- 
- * l'établissement s'est conformé aux directives administratives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, à l'exception des éléments mentionnés à l'annexe 4 et 5 du rapport du vérificateur.

Le rapport financier annuel donne, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de l'établissement au 31 mars 2007 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 du Québec et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, afin de satisfaire à l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les 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 Denis Tougas C.A.

Nom du
Vérificateur Raymond Chabot Grant Thornton s.e.n.c.r.l.

Adresse 357, boulevard du Séminaire Nord
Saint-Jean-sur-Richelieu (Québec) J3B 8C5

Téléphone (450) 348-6886 (signé) Raymond Chabot Grant Thornton, s.e.n.c.r.l.
Le vérificateur

Télécopieur (450) 348-3716 Date : 15 juin 2007
Date _____



COMMENTAIRES

1. Les unités de mesure utilisées par l'établissement ne sont pas conformes aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. En effet, l'unité de mesure "l'usager" dans le centre d'activités "Médecine de jour, 7090" doit être décomptée une seule fois annuellement.
2. Les unités de mesure utilisées par l'établissement ne sont pas conformes aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. En effet, la compilation de l'unité de mesure "l'usager" dans le centre d'activités "Service de pastorale, 6390" a fait l'objet d'estimation.
3. Les unités de mesure utilisées par l'établissement ne sont pas conformes aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. En effet, l'unité de mesure "La procédure pondérée" dans le centre d'activités "Laboratoire, 6600" n'a pas été compilée correctement. L'établissement a utilisé une seule pondération pour les différentes procédures alors que chaque prélèvement requiert une pondération différente.
4. L'établissement ne s'est pas conformé aux directives administratives émises par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, relativement aux rectificatifs post-budgétaires; à cet égard, il n'existe pas de circulaire au MSSS. En effet, les rectificatifs post-budgétaires n'ont pas été établis en conformité avec les politiques régionales, car l'établissement a surévalué les comptes à recevoir pour un montant de 30 699 \$.
5. L'établissement ne s'est pas conformé aux directives administratives émises par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. En effet, l'établissement n'a pas obtenu l'autorisation de l'Agence pour le transfert du parc de stationnement à la Fondation de l'Hôpital du Haut-Richelieu.

FONDS D'EXPLOITATION (RÉSULTATS - SOMMAIRE)		2006-2007 \$	2005-2006 \$
ACTIVITÉS PRINCIPALES			
REVENUS			
Agence de la santé et des services sociaux et ministère de la Santé et des Services sociaux	01	176 095 859	152 972 587
	02	xxxx	xxxx
Usagers	03	14 216 006	13 096 294
Vente de services	04	1 937 731	1 709 895
Recouvrements	05	1 213 046	1 061 508
Autres (page 294-00, précision no 8)	06	1 072 666	965 590
Total (L.01 à L.06)	07	194 535 308	169 805 874
CHARGES			
Salaires	08	91 186 500	86 912 656
Avantages sociaux	09	24 461 188	23 374 628
Charges sociales	10	13 341 842	12 686 740
Médicaments	11	6 837 741	6 524 821
Produits sanguins	12	2 180 421	2 283 906
Fournitures médicales et chirurgicales	13	7 406 451	7 237 753
Denrées alimentaires	14	2 278 490	2 290 868
Autres	15	47 523 777	29 200 701
Total (L.08 à L.15)	16	195 216 410	170 512 073
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS PRINCIPALES (L.07 - L.16)	17	(681 102)	(706 199)
ACTIVITÉS ACCESSOIRES			
REVENUS			
Financement public et parapublic	18	1 001 106	1 085 620
Revenus commerciaux	19	278 774	294 158
Revenus d'autres sources (page 294-00, précision no 9)	20	85 896	20 930
Total (L.18 à L.20)	21	1 365 776	1 400 708
CHARGES			
Salaires	22	670 510	657 805
Avantages sociaux	23	153 610	141 899
Charges sociales	24	125 040	130 358
Autres	25	305 088	336 465
Total (L.22 à L.25)	26	1 254 248	1 266 527
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS ACCESSOIRES (L.21 - L.26)	27	111 528	134 181
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DU FONDS D'EXPLOITATION (L.17 + L.27)	28	(569 574)	(572 018)

BILAN DU FONDS D'EXPLOITATION		2006-2007	2005-2006
		\$	\$
ACTIF À COURT TERME			
Encaisse	01	6 998 641	
Placements temporaires	02		
Débiteur – Agence et MSSS	03	3 091 025	1 257 394
Autres débiteurs	04	4 121 081	2 814 398
Charges payées d'avance	05	808 660	799 895
Stocks	06	2 105 171	1 736 598
Créances interétablissements	07		
Créances interfonds	08		251 881
Autres éléments	09	56 037	104 602
Total de l'actif à court terme (L.01 à L.09)	10	17 180 615	6 964 768
PLACEMENTS À LONG TERME			
	11		
AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIF		12	1 975 038
			1 858 870
TOTAL DE L'ACTIF (L.10 à L.12)	13	19 155 653	8 823 638
PASSIF À COURT TERME			
Découvert de banque	14		522 497
Emprunts	15		
Créditeur – Agence et MSSS	16		
Autres créditeurs	17	21 598 307	10 785 729
Dettes interétablissements	18		
Dettes interfonds :	19	311 915	
Fraction de moins d'un an de la dette à long terme	20		
Revenus reportés - activités principales:			
♦ Agence	21	636 239	587 306
♦ Autres	22	19 165	8 890
Revenus reportés - activités accessoires:			
♦ Programme d'aide aux joueurs pathologiques	23		
♦ Projets de recherche en cours	24		
♦ Projets de recherche terminés	25		
♦ Autres : Cantine/Enseignement coronarien	26	8 857	4 231
Autres éléments (page 294-00, précision no 10)	27	156 767	27 282
Total du passif à court terme (L.14 à L.27)	28	22 731 250	11 935 935
À LONG TERME			
Emprunts	29		
Obligations	30		
Total (L.29 + L.30)	31		
	32	1 929 499	1 752 757
AUTRES ÉLÉMENTS DU PASSIF			
TOTAL DU PASSIF (L.28 + L.31 + L.32)	33	24 660 749	13 688 692
SOLDE DE FONDS	34	5 505 096	4 865 054
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.33 + L.34)	35	19 155 653	8 823 638

BILAN DES AUTRES FONDS		Fonds de dotation	Fonds à destination spéciale	Fonds affectés	Fonds en fiducie	Fonds de stationnement	Total (c.1 à c.5)
ACTIF À COURT TERME							
Encaisse	01				22 280		22 280
Placements temporaires	02						
Débiteur-Agence ou MSSS	03	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
Autres débiteurs	04						
Charges payées d'avance	05			XXXX	XXXX		
Créances interfonds	06		1 962		XXXX		1 962
Autres éléments	07		95 680				95 680
Total de l'actif à court terme (L.01 à L.07)	08		97 642		22 280		119 922
IMMOBILISATIONS	09		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
PLACEMENTS À LONG TERME	10			XXXX	XXXX		
AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIF	11			XXXX	XXXX		
TOTAL DE L'ACTIF (L.08 À L.11)	12		97 642		22 280		119 922
PASSIF À COURT TERME							
Découvert de banque	13				XXXX		
Emprunts de banque	14				XXXX	XXXX	
Créditeur-Agence ou MSSS	15	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
Autres créditeurs	16						
Fonds affectés non attribués	17	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
Sommes confiées en fiducie à l'établissement	18	XXXX	XXXX	XXXX	22 280	XXXX	22 280
	19				XXXX		
<i>Dettes interfonds</i>							
	20			XXXX	XXXX	XXXX	
<i>Fraction de moins d'un an de la dette à long terme</i>							
	21						
<i>Autres éléments</i>							
Total du passif à court terme (L.13 à L.21)	22				22 280		22 280
À LONG TERME	23			XXXX	XXXX	XXXX	
Autres éléments	24			XXXX	XXXX	XXXX	
Total du passif à long terme (L.23 + L.24)	25			XXXX	XXXX	XXXX	
TOTAL DU PASSIF (L.22 + L.25)	26				22 280		
SOLDE DE FONDS	27		97 642	XXXX	XXXX		97 642
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.26 + L.27)	28		97 642		22 280		119 922



Partie 6 :

Conseils et comités créés en vertu de
la Loi sur les services de santé et les services sociaux



CONSEILS ET COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

Le Conseil d'administration

Les membres au 31 mars 2007

- Monsieur Robert Blanchard, président (collège électoral « population »)
- Monsieur Alain Beauchamp, vice-président (collège électoral « population »)
- Madame Diane Buisson, secrétaire (collège de désignation « personne désignée par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie »)
- Monsieur André McLaughlin, trésorier (collège de désignation « fondations de l'établissement »)
- Docteur Yves Perreault, conseiller (collège de désignation « conseil des médecins, dentistes et pharmaciens »)
- Monsieur Michaël Dorosz (membre coopté)
- Monsieur Serge Gélinas (collège électoral « population »)
- Madame Diane Girard (collège de désignation « conseil des infirmières et des infirmiers »)
- Monsieur André Gladu (collège de désignation « personne désignée par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie »)
- Monsieur Luc Jarry (collège électoral « population »)
- Madame Lyne Langdeau (collège de désignation « personnel non clinique »)
- Madame Louise Montminy (collège de désignation « conseil multidisciplinaire »)
- Docteur Luc Ouimet (collège de désignation « département régional de médecine générale »)
- Madame Nathalie Perreault (collège de désignation « comité des usagers »)
- Monsieur Denis Rioux (collège de désignation « comité des usagers »)
- Monsieur Serge Savoie (membre coopté)
- Madame Johanne Séguin (collège de désignation « conseil multidisciplinaire »)
- Monsieur Yvan Gendron, directeur général (membre d'office)

Le Comité de vigilance et de qualité du Conseil d'administration

Les membres au 31 mars 2007

- Madame Nathalie Perreault, membre du Conseil d'administration et membre du Comité des usagers
- Madame Diane Buisson, secrétaire du Conseil d'administration
- Monsieur Serge Savoie, membre du Conseil d'administration
- Monsieur Yvan Gendron, directeur général
- Madame Sylvie Presseault, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services



Le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Le comité exécutif au 31 mars 2007

- Docteur Yves Perreault, président
- Docteur Jean Dessureault, vice-président
- Monsieur André Ladouceur, officier
- Docteur André Girard, officier
- Docteur Linda Lanoue, officier
- Docteur Serge Nault, officier
- Monsieur Yvan Gendron, directeur général
- Docteur Krystyna Pecko, directrice générale adjointe - directrice des affaires médicales

Le Conseil des infirmières et infirmiers

Le comité exécutif au 31 mars 2007

- Madame Isabelle Savary, présidente
- Madame Lise Stewart, vice-présidente
- Madame Johanne Jussaume, secrétaire-trésorière
- Madame Diane Girard, officier
- Madame Sylvie Gaudreau, officier
- Madame Chantal Malo, officier
- Madame Johanne Séguin, présidente du CIIA
- Madame Francine Bouchard, vice-présidente du CIIA
- Monsieur Yvan Gendron, directeur général
- Madame Ginette Brunelle, directrice des soins infirmiers

Le Conseil multidisciplinaire

Le comité exécutif au 31 mars 2007

- Madame Marie-Ève Many, présidente (ergothérapeute)
- Madame Nancy Tétrault, vice-présidente (ARH – travailleuse sociale)
- Madame Nicole Guillet, officier (ARH – criminologue)
- Madame Annie Couture, officier (ARH – psychoéducatrice)
- Madame Ginette Cyr, officier (technicienne en assistance sociale)
- Madame Renée Cyr, officier (ARH – service social)
- Madame Louise Montminy, officier (travailleuse sociale)
- Madame Huguette Pelletier, officier (technicienne en réadaptation physique)
- Monsieur Yves Poulin, officier (inhalothérapeute)
- Madame Claudine Turcotte, officier (physiothérapeute)
- Monsieur Yvan Gendron, directeur général
- Madame Hélène Dubois, directrice générale adjointe – gestion clinique

Le comité de gestion des risques et de la qualité

Les membres au 31 mars 2007

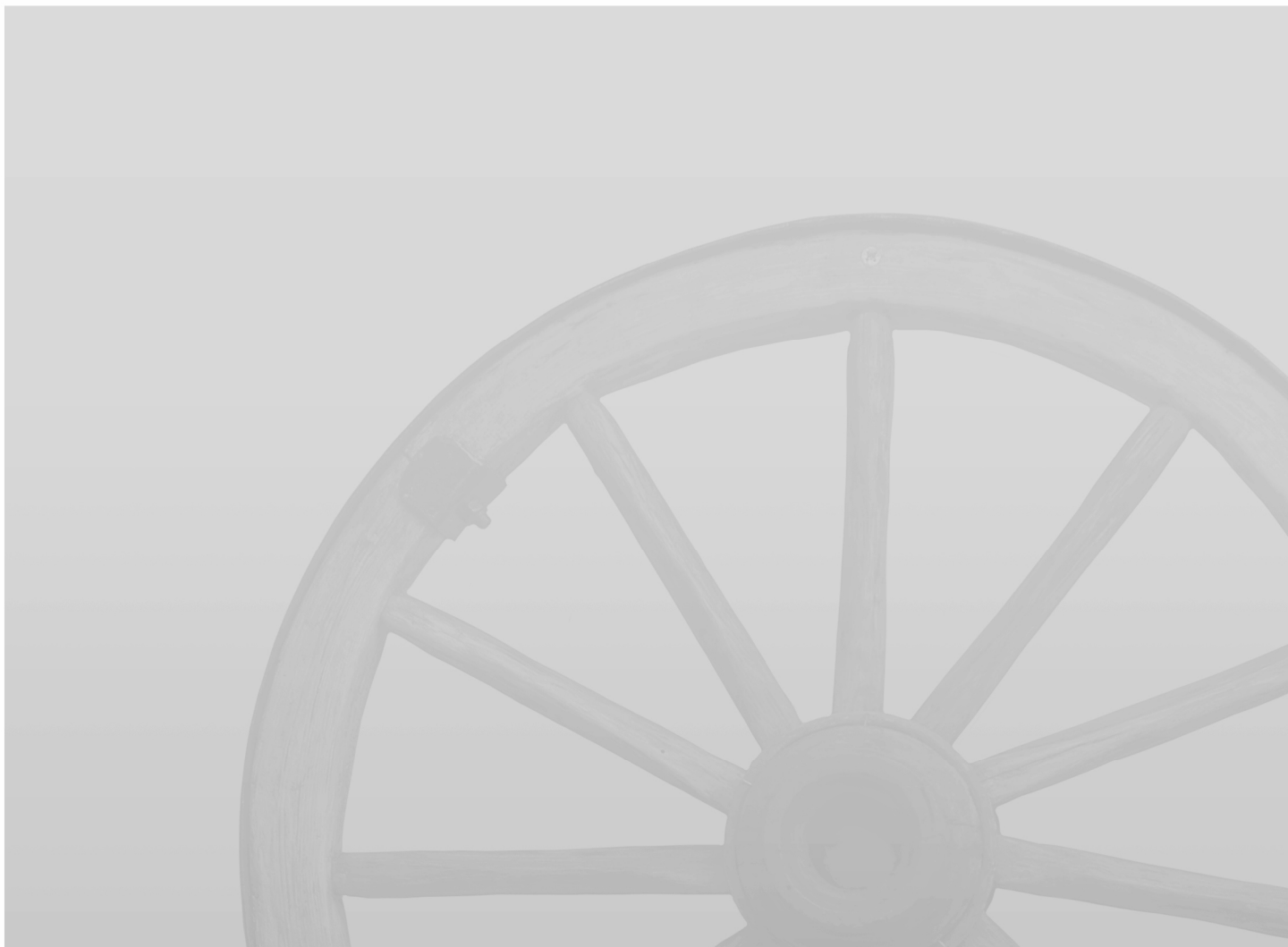
- Madame Denise Henry, présidente (Direction de la qualité, de la performance et des relations avec la clientèle)
- Madame Manon Aumais (Direction des ressources humaines)
- Madame France Alix (Direction réseau – Enfance-Famille-Jeunesse-DI-DP-Ted)
- Monsieur Stéphane Aubut (Direction de la qualité, de la performance et des relations avec la clientèle)
- Madame Reine Bazinet (Direction réseau – Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement)
- Madame Martine Bouchard (Direction réseau – Soins et services spécialisés)
- Madame Ginette Brunelle (Direction des soins infirmiers)
- Madame Ghislaine Gauthier (Direction réseau – Santé mentale)
- Monsieur André Gladu (membre du Conseil d'administration)
- Madame Julie Goudreau (Direction réseau – Chirurgie)
- Madame Lucie Groleau (Direction de la qualité, de la performance et des relations avec la clientèle)
- Madame Marielle L'Homme (Direction des ressources financières et techniques)
- Docteure Isabelle Morissette (microbiologiste)
- Docteur Daniel Pothier (médecin en santé au travail)
- Docteure Krystyna Pecko (Direction générale adjointe – direction des affaires médicales)
- Madame Guylaine Trudel (Direction réseau – Services généraux et dépendances)
- Vacant (membre du Comité des usagers)

Le Comité des usagers

Les membres au 31 mars 2007

- Monsieur Félix Blanchard, président (représentant clientèle personnes âgées et chirurgie)
- Madame Nathalie Perreault, vice-présidente (représentante clientèle santé mentale jeunesse)
- Madame Annie Tétreault, trésorière (représentante clientèle enfance-famille-jeunesse et santé mentale adulte)
- Madame Marie-Andrée Dion (représentante Comité des résidents du Centre Gertrude-Lafrance)
- Madame Micheline Labelle (représentante clientèle santé mentale adulte)
- Madame Lyne Laroche (représentante Comité des résidents de la Résidence Champagnat)
- Monsieur Pierre-Paul Lussier (représentant clientèle personnes âgées)
- Monsieur Paul Villeneuve (représentant Comité des résidents du Centre Georges-Phaneuf)
- Monsieur Denis Rioux (représentant Comité des résidents de la Résidence Val-Joli)
- Madame Pauline Lacroix (représentante Comité des résidents de la Résidence St-Joseph)
- Madame Solange Ostiguy (représentante Comité des résidents de la Résidence Ste-Croix)
- Madame Nicole Giroux-Paquette (représentante clientèle de la mission CLSC et hospitalière)





Partie 7 :

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





CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu—Rouville dispose d'un code d'éthique et de déontologie qui a été adopté en 2005.

Au cours de l'année 2006-2007 :

- ✓ **Aucun cas n'a été traité en vertu de ce code d'éthique et de déontologie.**
- ✓ **Aucun manquement n'a, par ailleurs, été constaté par les instances disciplinaires. Ceci implique qu'aucune décision ni sanction n'a été imposée par l'autorité compétente.**
- ✓ **Enfin, aucune personne n'a fait l'objet d'une révocation ou d'une suspension au cours de l'année couverte par ce présent rapport de gestion.**





Centre de santé et de services sociaux
Haut-Richelieu—Rouville



CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

DES ADMINISTRATEURS
CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX HAUT-RICHELIEU—ROUVILLE
(Règlement n° 1 de 2005)

Adopté par le conseil d'administration,
Le 26 avril 2005





PRÉAMBULE

Le Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu—Rouville est né de la fusion en juillet 2004 du CLSC du Richelieu et Centre Rouville, de l'Hôpital du Haut-Richelieu et des CLSC et CHSLD Champagnat de la Vallée-des-Forts. Par cette fusion, il répond à trois missions de services complémentaires, soit celles de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, de Centre local de services communautaires et de centre d'hébergement et de soins de longue durée. Ses mandats sont enchassés dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) et dans la Loi 25.

Pour la réalisation de ses mandats, l'établissement obtient un financement provenant des crédits de l'Assemblée nationale. En conséquence, l'administration de l'établissement présente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Un tel contrat social impose donc un lien de confiance particulier entre l'établissement et les citoyens.

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

Cette préoccupation s'inscrit aussi dans les valeurs éthiques que l'administration gouvernementale véhicule depuis quelques années.

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

La Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q., chapitre M-30) fixe, à son article 3.04, l'obligation pour les membres d'un conseil d'administration d'un établissement de santé et de services sociaux de se doter d'un code d'éthique et de déontologie. Cette disposition prévoit de plus qu'un tel code doit porter sur les devoirs et obligations des personnes visées et doit entre autres :

- ✓ Traiter des mesures de prévention, notamment, des règles relatives à la déclaration d'intérêts;
- ✓ Traiter de l'identification de situations de conflits d'intérêts;
- ✓ Régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération de ces personnes;
- ✓ Traiter des devoirs et obligations de ces personnes même après qu'elles ont cessé d'exercer leurs fonctions;
- ✓ Prévoir des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de l'application du code et la possibilité de sanctions.

Ce code doit être rendu accessible au public et être publié au rapport annuel. Le rapport annuel doit en outre faire état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par les instances disciplinaires, de leur décision et des sanctions imposées par l'autorité compétente ainsi que du nom des personnes révoquées ou suspendues au cours de l'année.



Ces dispositions législatives plus précises s'ajoutent à celles plus générales prévues à la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* (L.R.Q., chapitre S-4.2). En effet, l'article 174, constituant en lui-même la genèse des comportements attendus de l'administrateur de l'établissement et reprenant l'obligation de l'administrateur diligent inscrite au *Code civil du Québec*, prévoit ce qui suit :

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

L'exercice auquel le législateur convie les administrateurs d'un établissement de santé et de services sociaux peut résulter en une expérience enrichissante pour ceux-ci.

L'obligation d'adopter un code d'éthique et de déontologie ne doit pas être perçue comme un manque de confiance du législateur à l'endroit des administrateurs, mais plutôt comme un moyen, d'une part, d'aider les administrateurs à mieux reconnaître les implications de leur charge afin qu'ils puissent éviter de se placer dans des situations où leur intégrité pourrait être questionnée. D'autre part, l'adoption d'un code d'éthique et de déontologie est un outil que le conseil d'administration utilise afin de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration de fonds publics, de favoriser une transparence au sein de l'établissement et une responsabilité collective et individuelle des administrateurs.

Même si l'élaboration du présent Code découle d'obligations légales, on doit, par contre, prendre garde de ne pas tomber dans un « juridisme excessif » tant au niveau de la conception que de l'application du Code et être conscient que le Code ne pourra pas, et ne devrait pas d'ailleurs, couvrir toutes les situations qui peuvent se présenter.

DÉCLARATION DE PRINCIPES

ATTENDU l'article 174 de la *Loi sur les services de santé et de services sociaux* (L.R.Q., chapitre S-4.2), qui prévoit que les administrateurs de l'établissement doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de l'établissement ou, selon le cas, des établissements qu'ils administrent et de la population desservie;

ATTENDU l'article 3.04 de La *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (L.R.Q., chapitre M-30) qui fixe l'obligation pour les administrateurs de l'établissement de se doter d'un code d'éthique et de déontologie suivant certains paramètres;



ATTENDU QUE les administrateurs doivent voir à identifier les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir;

ATTENDU QU'ils doivent également élaborer des orientations en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de la région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population et des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région;

ATTENDU QUE l'exercice de la fonction d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de l'efficience, de la moralité, de la crédibilité, de la loyauté et de la confidentialité;

Les administrateurs du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu—Rouville s'engagent à respecter les orientations suivantes dans le processus de décisions auquel ils seront appelés à participer :

- ♦ **Primauté des intérêts de la population à desservir**
- ♦ **Utilisation efficiente et équitable des ressources de l'établissement**

En conséquence, les administrateurs s'engagent également à respecter chacune des dispositions du présent *Code d'éthique et de déontologie* applicables à chacun des administrateurs du Centre de Santé et de services sociaux Haut-Richelieu—Rouville. Ils complètent et signent, en début de mandat, l'engagement personnel prévu à l'annexe 1.

I. OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent Code a pour objet de définir les normes d'éthique et de déontologie auxquelles les administrateurs du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu—Rouville déclarent adhérer. Ces normes et leur application ont pour objectif de préserver et de renforcer le lien de confiance des citoyens dans l'intégrité et l'impartialité de l'administration de l'établissement, de favoriser la transparence au sein de l'établissement et de responsabiliser les administrateurs individuellement et collectivement.

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 préventions, y incluant des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- traite des règles reliées à la rémunération et avantages;



- traite des devoirs et obligations des administrateurs après qu'ils cessent leurs fonctions;
 - prévoit des mécanismes d'application du Code.
2. Tout administrateur de l'établissement est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par les lois, les règlements 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. Il doit organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.
- L'administrateur est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'établissement, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme, entreprise ou association, ou en est membre.
3. L'administrateur doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine, des droits fondamentaux de la personne, des besoins de services des individus et des groupes le plus près possible de leur milieu de vie et d'une gestion efficiente des ressources mises à la disposition de l'établissement.
4. Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt du Centre de Santé et de Services sociaux Haut-Richelieu—Rouville et de la population desservie.
- Chaque administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, doit également agir dans le respect du droit, avec efficacité, assiduité et équité.

II DÉFINITIONS

5. Dans le présent Code les mots et expressions suivantes ont le sens qui y apparaît, à moins que le contexte n'indique un sens différent :
- a) « **administrateur** » désigne un membre du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu—Rouville ;
 - b) « **association ou entreprise** » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'établissement;
 - c) « **code** » désigne le présent Code;

- d) « **conflit d'intérêts** » désigne, notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation ou apparence de situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;
- e) « **conseil d'administration** » désigne le conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu—Rouville ;
- f) « **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;
- g) « **établissement** » désigne le Centre de Santé et de Services sociaux Haut-Richelieu—Rouville.

III DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR PENDANT SON MANDAT

L'administrateur agit dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie

À cette fin, l'administrateur :

- 6. Est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne. Il doit également privilégier l'intérêt collectif de la population de la région plutôt que l'intérêt d'un secteur, d'une ressource ou d'une personne.
- 7. Contribue à la réalisation des fonctions de l'établissement et à la saine administration des fonds publics dans le respect du droit, avec honnêteté, loyauté, prudence, diligence, efficacité, assiduité et équité.
- 8. S'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés.
- 9. S'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.
- 10. S'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

L'administrateur agit avec soin, prudence, diligence et compétence

Disponibilité et participation active

- 11. L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions, notamment, en s'engageant à fournir ses meilleurs efforts pour assister aux séances du conseil d'administration ou autres réunions auxquelles il doit assister de par ses fonctions et en prenant une part active aux décisions du conseil d'administration.



Soin et compétence

12. L'administrateur s'assure de bien connaître et suivre l'évolution des affaires de l'établissement; il se renseigne avant de décider et évite de prendre des décisions prématurées.

Il s'assure de respecter l'ensemble des règlements, politiques, cadres de gestion ou toutes règles en vigueur à l'établissement et contribue à leur respect.

Neutralité

13. Sous réserve des règles applicables en matière de conflits d'intérêts, l'administrateur doit exercer son droit de vote lorsque requis aux séances du conseil d'administration. L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote ou en exerçant ses pouvoirs de la manière la plus objective possible sans tenir compte de considérations politiques ou partisans. 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.
14. L'administrateur doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et, conséquemment, s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne ou être influencé par des offres d'emploi.

Activités politiques

15. Le président du conseil d'administration ou le directeur général doit éviter de manifester publiquement ses allégeances politiques partisans.
16. Le président du conseil d'administration ou le directeur général qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le conseil d'administration.

Tout autre administrateur qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le président du conseil d'administration.
17. Le président du conseil d'administration ou le directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions.
18. Le directeur général qui veut se porter candidat à la charge de député à l'Assemblée nationale, de député à la Chambre des communes du Canada ou à une autre charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps plein doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.
19. Le directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps partiel, mais dont la candidature sera susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve, doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

- 
20. Le directeur général qui obtient un congé sans rémunération conformément à l'article 17 ou à l'article 18 a le droit de reprendre ses fonctions au plus tard le 30^e jour qui suit la date de clôture des mises en candidature, s'il n'est pas candidat, ou, s'il est candidat, au plus tard le 30^e jour qui suit la date à laquelle une autre personne est proclamée élue.
 21. Tout administrateur qui est élu à une charge publique à temps plein et qui accepte son élection, doit se démettre immédiatement de ses fonctions d'administrateur.

Discretion

22. L'administrateur 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.

Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher l'administrateur représentant ou lié à un groupe d'intérêts particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant les lois ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

L'administrateur reconnaît l'importance de protéger la confidentialité des renseignements nominatifs et doit s'assurer que les décisions et les activités de l'établissement respectent cette confidentialité ainsi que la législation applicable.

Relations publiques

23. L'administrateur respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public ou chaque individu et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibé par les lois.
24. Lorsque requis, l'administrateur donne 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 directeur général.
25. L'administrateur adopte une attitude de dignité, de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.
26. L'administrateur reconnaît que le président du conseil d'administration est le représentant du conseil et que le directeur général ou la personne que ce dernier désigne agit à titre de porte-parole de l'établissement vis-à-vis le public ou lors de représentations auprès d'un tiers.

L'administrateur agit avec honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

27. 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, entreprise ou association.

L'administrateur contribue à la réalisation de la mission de l'établissement dans son meilleur intérêt. Dans ce cadre, il doit mettre à profit ses connaissances, ses aptitudes et son expérience de manière à favoriser l'accomplissement efficient, équitable et efficace des mandats de l'établissement et de l'administration de tous les biens qu'il possède ou dont il a la garde.

Notamment, l'administrateur doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration ou de l'établissement, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires.

28. Lutte contre toute forme d'abus de pouvoir tels les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage de ses erreurs ou la tromperie de la population.
29. Respecte les décisions du conseil d'administration ou d'autres instances de l'établissement et ne peut en aucun cas prendre position publiquement à l'encontre de celles-ci.
30. Se comporte de façon à éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions. À cet effet, il doit refuser de devenir le représentant de toute personne ou groupe que ce soit de façon telle que sa loyauté envers l'établissement puisse être questionnée. Par exemple, le législateur n'a pas voulu que chaque groupe intéressé par l'administration des services de santé et des services sociaux se retrouve au conseil d'administration de l'établissement ou qu'un administrateur puisse faire des pressions pour l'obtention de services.

Conflits de devoirs ou d'intérêts

31. L'administrateur évite et dénonce les conflits d'intérêts ou de devoirs.

L'administrateur et les conflits d'intérêts

32. Sous peine de déchéance de sa charge, l'administrateur doit dénoncer par écrit au conseil d'administration tout intérêt direct ou indirect, réel ou apparent, qu'il a dans une entreprise, un organisme ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration 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, l'organisme ou l'association dans lequel il a cet intérêt réel ou apparent 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., c. V-1.1).

L'administrateur et les conflits de rôle

33. Sous peine de sanction pouvant aller de la réprimande à la déchéance de charge, l'administrateur doit dénoncer, par écrit, au conseil d'administration, toute autre charge ou fonction qu'il occupe dans une entreprise, organisme ou association lorsque les intérêts de cette entreprise, organisme ou association sont en conflits réels avec ceux du conseil d'administration ou de l'établissement.

De plus, l'administrateur doit s'abstenir de siéger et de participer aux délibérations lorsqu'une question mettant en conflit réel les intérêts du conseil d'administration ou de l'établissement et ceux de l'entreprise, l'organisme ou l'association où il occupe une charge ou fonction.

Le directeur général et les conflits d'intérêts

34. Le directeur général ne peut, sous peine de déchéance de sa charge et de son congédiement, avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'établissement.

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

Le conseil d'administration doit, dès qu'il constate que le directeur général se trouve en conflit d'intérêts, prendre des mesures afin d'intenter un recours en déchéance de charge contre lui. Il doit en outre, dans les 10 jours qui suivent, en informer par écrit la régie régionale en lui indiquant la nature du cas et les mesures qu'il a prises.

Le directeur général doit, dans les 60 jours qui suivent 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 ou toute régie régionale. Cette déclaration doit être mise à jour dans les 60 jours de l'acquisition de tels intérêts par le directeur général.



Le directeur général doit également déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec un établissement ou avec une régie régionale par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires, dans les 30 jours qui suivent la conclusion de ce contrat.

35. L'administrateur qui siège sur un comité ou une commission relevant du conseil d'administration doit déclarer les situations de conflits d'intérêts ou de conflits de rôle pour toute décision que le comité prend en vertu d'une délégation du conseil d'administration ou pour toute recommandation ou tout avis transmis au conseil d'administration.

L'exclusivité de fonctions du directeur général

36. Le directeur général doit, sous peine de déchéance de sa charge ou de sa suspension sans traitement ou de son congédiement et sous réserve des exceptions prévues aux lois, s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de sa fonction.
Il peut toutefois occuper un autre emploi, charge ou fonction ou fournir un autre service si aucune rémunération ou aucun avantage quelconque, direct ou indirect, ne lui est accordé de ce fait.

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

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

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

Il peut également occuper une charge publique élective.

Le conseil d'administration doit, dès qu'il constate que le directeur général contrevient à l'une des règles prévues au présent article, le suspendre sans traitement ou prendre des mesures afin d'intenter un recours en déchéance de charge contre lui, selon la gravité de la contravention. Il doit en outre, dans les 10 jours qui suivent, en informer la régie régionale et le ministre en leur indiquant la nature du cas et les mesures qu'il a prises. Une suspension imposée en vertu du présent alinéa peut varier de trois à six mois.



Biens de l'établissement

37. L'administrateur utilise les biens, les ressources ou les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation en vigueur à l'établissement. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens et ne peut, sans autorisation, utiliser les biens de l'établissement pour ses besoins personnels.

Avantages ou bénéfices indus

38. L'administrateur se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.
39. L'administrateur ne peut, pour lui ou un tiers, 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 peut compromettre ou semble compromettre l'attitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

40. L'administrateur ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à l'exception de sa rémunération et du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement ou le ministre de la Santé et des Services sociaux.
41. Le directeur général ne peut, sous peine de suspension ou de déchéance de sa charge, accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.
42. L'administrateur qui reçoit un avantage indu en contravention du présent code ou des lois et règlements, est redevable envers l'établissement de la valeur de l'avantage reçu.

Transparence

43. L'administrateur révèle tout renseignement ou fait aux autres administrateurs lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait pourrait avoir un impact significatif sur une décision à prendre ou une action à poser.



Interventions abusives

44. Hormis le directeur général, l'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sauf l'engagement du directeur général ou de tout cadre supérieur.
45. L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches.
46. L'administrateur s'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme ou une personne et l'établissement.
47. L'administrateur s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des séances; à ce titre, il reconnaît l'autorité du président du conseil d'administration dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté du conseil d'administration ou de toute autre instance de l'établissement.
48. L'administrateur respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.
49. L'administrateur respecte l'intégrité et la bonne foi des administrateurs et du personnel de l'établissement; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité ou sur la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera l' huis clos pour ce faire.
50. L'administrateur évite, dans le cadre d'une séance, 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.
51. L'administrateur peut faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.
52. L'administrateur évite de porter atteinte, par des propos immodérés, à la réputation de l'établissement, de toutes les personnes qui y œuvrent ou de toute autre personne.

IV DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR APRÈS SON MANDAT

L'administrateur est soumis à certaines obligations après la fin de son mandat

À cette fin, l'administrateur :

53. 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.
54. 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 est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

- 
- 55. 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.
 - 56. Ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenu dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur, ni ne donne à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant les responsabilités de l'établissement.
 - 57. Évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et de toutes les personnes qui y oeuvrent.
 - 58. Dans l'année qui suit la terminaison du mandat d'un administrateur, les administrateurs en fonction ne peuvent traiter avec ce dernier.

V MÉCANISMES D'APPLICATION

- 59. Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect du présent Code par les administrateurs de l'établissement. Il doit s'assurer de la connaissance, par les administrateurs, des principes, règles et modalités du présent Code et agir auprès d'eux à titre de conseiller, notamment, en prévoyant les formations requises.
- 60. Toute allégation d'inconduite ou de manquement aux lois, aux règlements ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise au président du conseil d'administration ou au directeur général si l'allégation concerne le président du conseil d'administration.

Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le président du conseil d'administration ou le directeur général, selon le cas, 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 conseil d'administration, lors de la première séance qui suit. Le conseil d'administration peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

Toute allégation retenue par le président du conseil d'administration, le directeur général ou le conseil d'administration doit être transmise au Comité sur l'éthique et la déontologie constitué en vertu du présent Code.

Tenue de l'enquête

- 61. Le Comité sur l'éthique et la déontologie décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

Information de l'administrateur concerné

62. Au moment où il juge opportun, le Comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées des lois, des règlements ou du Code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai de sept jours, l'administrateur a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix, de se faire représenter et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

Transmission du rapport au président du conseil d'administration

63. Suite à son enquête, le comité sur l'éthique et la déontologie transmet au président du conseil d'administration ou au directeur général, selon le cas, un rapport contenant un sommaire de l'enquête et les recommandations de sanction ou de corrections, le cas échéant. Ce rapport est confidentiel.

Décision

64. Suite au rapport du Comité sur l'éthique et la déontologie, le conseil d'administration doit décider si l'administrateur a enfreint ou non une disposition d'une loi, d'un règlement ou du présent Code. L'administrateur peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions, avec rémunération le cas échéant, l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

65. 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 avec ou sans rémunération d'une durée maximale de trois mois ou la déchéance de charge. L'administrateur est informé, par écrit, de la décision motivée et de la sanction qui lui est imposée.

VI ENGAGEMENTS

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

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

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

VII LA PROTECTION DES PERSONNES RESPONSABLES DE L'APPLICATION DU CODE

67. Le législateur précise que les personnes qui seront responsables de voir à l'application du Code ne peuvent faire l'objet de poursuite en justice pour des actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

Cette protection s'étend à toute personne qui se voit confier un mandat d'enquête ainsi qu'au président du conseil d'administration ou au directeur général, selon le cas, lorsqu'il recommande l'imposition d'une sanction à l'administrateur en faute.

La loi n'exonère pas cependant la personne qui fait une allégation malicieuse à l'égard d'un administrateur dans le but de nuire à sa réputation. De même, les personnes chargées de l'application du Code peuvent s'exposer à une poursuite judiciaire si elles agissent de façon malhonnête ou malicieuse dans l'accomplissement de leur mandat.

VIII PUBLICITÉ DU CODE

68. L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du *Code d'éthique et de déontologie* des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.
69. L'établissement doit publier dans son rapport annuel, le *Code d'éthique et de déontologie* des administrateurs.
70. Le rapport annuel de l'établissement 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 remises à l'ordre, réprimandées, suspendues ou révoquées.

IX CRÉATION DU COMITÉ SUR L'ÉTHIQUE ET LA DÉONTOLOGIE

71. Par le présent Code, un Comité sur l'éthique et la déontologie est institué. Il est composé de trois membres nommés par et parmi les membres du conseil d'administration autres que le président du conseil d'administration et le directeur général.

Le mandat de chacun des ces membres est d'une durée d'un an.

- 
72. Une personne cesse d'être membre du Comité lorsqu'elle perd la qualité nécessaire à sa nomination.
73. Sous réserve de l'article 72, un membre du Comité demeure en fonction, malgré la fin de son mandat, tant qu'il n'est pas remplacé ou désigné de nouveau.
74. Toute vacance survenant au Comité est comblée pour la durée non écoulée du mandat suivant les prescriptions de l'article 71 du présent Code.
75. Dans l'hypothèse où une dénonciation concernerait un membre du Comité, ce dernier ne peut siéger au Comité et est remplacé suivant les indications du conseil d'administration pour la durée décider par le conseil.
76. Le quorum des réunions du Comité est de trois membres.
Les décisions du Comité sont prises à la majorité simple des membres présents.
77. Les fonctions du Comité sont les suivantes :
- a. S'assurer de la signature par les administrateurs de toutes les déclarations prévues au présent Code ;
 - b. Enquêter sur toute dénonciation ou sur toute matière découlant de l'application du présent Code ;
 - c. Déterminer, suite à une enquête, si un membre a contrevenu aux dispositions du présent Code ;
 - d. Faire des recommandations sur les sanctions à imposer à un membre en cas de contravention ou sur toute matière susceptible d'améliorer l'application du présent Code.

X CONSEILLER À L'ÉTHIQUE ET À LA DÉONTOLOGIE

78. Le directeur général peut désigner toute personne pour agir à titre de conseiller à l'éthique et à la déontologie, notamment, pour conseiller les administrateurs ou pour appuyer le Comité sur l'éthique et la déontologie dans ses fonctions.

XI DISPOSITIONS FINALES

79. Le président du conseil d'administration est responsable de l'application du présent code.
80. Le présent Code d'éthique et de déontologie entre en vigueur à la date de son adoption par le conseil d'administration et remplace et abroge tout code, règlement ou directive sur les mêmes objets.





Partie 8 :

Annexes





Annexe 1

Prestation sécuritaire de services

Annexe 1

**INFORMATIONS À FOURNIR CONCERNANT LA PRESTATION SÉCURITAIRE DE SERVICES
DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
(2002, c.71) ET L'APPLICATION DE LA LOI SUR LES SERVICES
DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (L.R.Q. c. S-4.2)
Exercice concerné : 2006 - 2007**

Identification de l'agence : Montérégie

Numéro d'identification de l'établissement : 1104-4542

Nom de l'établissement : CSSS Haut-Richelieu-Rouville

Nom du répondant : Henry Prénom : Denise

Titre du répondant : Directrice de la qualité, des relations avec
la clientèle et de la performance

1. Comité de gestion des risques et de la qualité

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

Oui

☒

Non

☐

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

20/02/2006

1.3 Nombre de membres :

	Fonction	Fonction
1.4 Membres :	Directrice de la qualité, des relations avec la clientèle et performance	Représentant membre du conseil d'administration
	Coordonnatrice des activités de gestion des risques	Directrice adjointe aux ressources humaines
	Directrice réseau – Santé mentale	Médecin en santé au travail
	Directrice réseau – médecine, soins et services spécialisés	Adjointe à la directrice réseau – personnes âgées en perte d'autonomie
	Directrice réseau – Chirurgie	Microbiologiste
	Coordonnatrice des services d'hôtellerie	Chef de programme – Services généraux et dépendances
	Chef d'unité de pédiatrie	Directrice des soins infirmiers
	Directrice générale adjointe – directrice des affaires médicales	Conseiller à la qualité

Note : un sous-comité de gestion des risques a été mis sur pied pour traiter de questions plus opérationnelles et recommander des actions au CGRQ. Il est formé de personnel « terrain » et est présidé par la coordonnatrice des activités de gestion des risques.

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

1.6 Les problèmes que le comité priorisera l'an prochain : S'assurer que soit consolidé, pour l'ensemble du CSSS, le programme d'entretien préventif des petits équipements et du matériel roulant au niveau de la fonctionnalité et au niveau de l'hygiène et de la salubrité pour la prévention des infections.

- 1.7 Deux programmes de gestion des risques (implantation ou évaluation) qui seront appliqués l'an prochain :
- Consolider la déclaration des incidents/accidents ainsi que la divulgation dans tout le CSSS.

Mise à jour et unification du registre local des incidents/accidents du CSSS.

2. Divulgation de tout accident

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

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

- 2.2 Si oui, date de mise en vigueur du règlement (JJ/MM/AAAA) : 22/11/2005

- 2.3 Les règles de divulgation sont respectées :

Jamais ☐ Quelques fois ☐ La plupart du temps ☒ Difficile à savoir ☐

- 2.4 Une analyse pour évaluer les causes souches est effectuée lors d'un accident avec conséquences graves :

Jamais ☐ Quelques fois ☐ La plupart du temps ☒ Difficile à savoir ☐

- 2.5 Les solutions pour éviter la récurrence sont appliquées suite à une analyse approfondie :

Jamais ☐ Quelques fois ☐ La plupart du temps ☒ Difficile à savoir ☐

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

Oui ☒ partiel Non ☐

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

- 3.1 Nombre d'incidents déclarés pour l'année budgétaire en cours : 335

- 3.2 Nombre d'incidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse : 335
- 20 % ☐ 40 % ☐ 60 % ☐ 80 % ☐ 100 % ☒

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

- 3.4 Nombre d'accidents déclarés pour l'année budgétaire en cours : 4128

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

- 3.6** Nombre d'accidents déclarés où des mesures ont été prises pour en prévenir la récurrence : n/d
 20 % 40 % 60 % 80 % 100 %
- 3.7** Nombre d'accidents déclarés où il y a eu décès : 2
- 3.8** Durée moyenne de jours additionnels d'hospitalisation (prolongation) consécutifs aux accidents déclarés : n/d
- 3.9** Mise en place d'un registre local des incidents et des accidents :
 Oui partiel Non
- 3.10** Si oui, date de sa mise en place (JJ/MM/AAAA) : JJ/11/2001
- 3.11** Nombre de rapports transmis à l'agence de développement sur les incidents ou accidents déclarés pour l'année budgétaire en cours : n/d

4. Agrément des services dispensés

- 4.1** Sollicitation d'un organisme d'agrément :
 Oui Non
- 4.2** Si oui, nom de l'organisme sollicité : CCASS
- 4.3** Si non, nom de l'organisme qui sera sollicité : _____
- 4.4** Date à laquelle cet organisme sera sollicité (JJ/MM/AAAA) : Sollicité en 2006, visite en novembre 2008
- 4.5** Agrément obtenu :
 À venir Oui Non
- 4.6** Si oui, type d'agrément obtenu : À venir
- 4.7** Rapport(s) abrégé(s) d'agrément transmis :

	Oui	Non
– au ministre :	À venir	
– à l'agence :	À venir	
– aux ordres professionnels concernés :	À venir	



Annexe 2

*Bilan de suivi de gestion de
l'entente de gestion et d'imputabilité
2006-2007*

Annexe 2

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Prévention – tabagisme
--------------	-------------------------------

Objectifs de résultats 2005-2010	Poursuivre la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme.
----------------------------------	---

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.1.2 Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme (CAT)			
- Interventions individuelles	50	50	44
- Interventions de groupe	N/D	6 gr x 10 pers= 60	107 pers

Commentaires

1.1.2 Écart de –6 usagers en indiv et +47 usagers en groupes

Commentaire :

Le nombre d'usagers vus en individuel est légèrement inférieur (6) à la cible et ce parce que certains usagers préfèrent être suivis en groupe. Dans le même ordre d'idée, nous avons largement dépassé la cible à ce niveau : 107 usagers au lieu de 60.

Prévisions 2007-2008 :

L'indicateur ne revient pas en 2007-2008 – se retrouve dans indicateurs SANTÉ PUBLIQUE

L'accent continuera d'être mis sur les groupes qui est un mode d'intervention apprécié par la clientèle.

Les GMF seront sensibilisés à nous référer des usagers et nous travaillerons à mieux faire connaître nos programmes aux cliniques médicales.

Nom :	Date :
--------------	---------------

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services infirmiers et psychosociaux généraux
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.2.2 Nombre d'utilisateurs desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	701	838	498
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par utilisateur réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	4,47	4,47	4,70

Commentaires

1.2.2 Écart de -340 utilisateurs desservis

Commentaire :

I- CLSC Vallée des Forts = il y a eu un changement de fonctionnement pour assigner les dossiers : ils sont maintenant assignés et codés dans I-CLSC au moment de la prise en charge par le thérapeute alors que l'an passé on les codait au moment de l'accueil, ensuite on les classait en attente jusqu'à la prise en charge par le thérapeute. L'accueil se fait maintenant en mode téléphonique avec classement en attente sans assignation ni entrée dans I-CLSC. Ainsi, 102 dossiers étaient en attente au 31 mars 2007 alors qu'avec l'ancien mode de fonctionnement ils auraient été codés dans I-CLSC. Il y a un impact cette année dans les statistiques puisque c'est l'année de transition mais l'an prochain, les valeurs pourront être comparables à l'an passé.

II- CLSC Vallée des Forts, les dossiers de groupe ainsi que certaines interventions individuelles faites auprès des personnes suivies en groupe, ont été codés par erreur en 410 (santé mentale) au lieu de 420 ce qui a été corrigé en cours d'année post p10. Équivalait à environ 15 dossiers en P9. Situation régularisée par la suite. Pas d'autres corrections à faire.

III- CLSC Richelieu = absence non remplacée pendant 2 mois d'un professionnel ce qui a augmenté le délai de prise en charge des cas par la remplaçante trouvée par la suite. Une autre absence sans solde a créé une diminution de rendement pour la période reliée au délai pour constituer la charge de cas du remplaçant et moins de prise en charge de nouveaux dossiers car tâche partagée de l'une des intervenantes. Représente 32 dossiers à la P13.

IV-CLSC Vallée des Forts = le nombre de groupes a augmenté entre 2005-06 (9) et 2006-07 (15). Conséquemment, ces utilisateurs vus en groupe ne se trouvent pas dans les charges de cas individuels cette année et les intervenantes sont mobilisées vers les groupes.

2005-06 = 9 groupes pour un total de 88 utilisateurs ; 2006-07 = 15 groupes pour un total de 152 utilisateurs.

V- Total : 498 + 102 + 32 + 152 = 784 se compare à 701 en 2005-2006

Prévisions 2007-2008 :

La capacité de prise en charge des intervenants est à son maximum. Capacité : 498 + 32 (équipe complète) = 530 en plus des interventions réalisées en groupes, ces derniers étant très appréciés par la clientèle. La cible de 550 pour 2007-2008 sera atteinte.

1.2.3 Écart de +0,23 interventions par utilisateur

Commentaire :

Le nombre d'interventions est bien encadré mais plusieurs utilisateurs nécessitent entre 10 à 15 rencontres (ex : cas lourds d'abus sexuels)

Prévision 2007-2008 :

Idem à 2006-2007 soit entre 4,47 et 4,70. **La cible 2007-2008 de 4,47 sera atteinte.**

Nom :	Date :
--------------	---------------

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services d'urgence – santé physique
Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : - Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins ; - 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.9.1 Séjour moyen sur civière	13,7	13,7	15,8
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	20,2	19	24,8
1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	2,7 %	2,7 %	5,5 %
1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	5,5 %	5,5 %	13,4 %

Commentaires

1.9.1 Écart de +2,1 heures

Prévisions 2007-2008 : cible de 13,7 à atteindre → **sera atteint**

1.9.2 Écart de +5,8 heures

Prévision 2007-2008 : cible de 19,0 à atteindre → **sera atteint**

1.9.3 Écart de +2,8 %

Prévisions 2007-2008 : cible de 2,7 % à atteindre → **sera atteint**

1.9.4 Écart de +7,9 %

Prévision 2007-2008 : cible de 5,5 % à atteindre → **sera atteint**

Commentaires pour résultats 2006-2007 à l'urgence :

Plusieurs éléments expliquent la difficulté d'atteindre les cibles de durée de séjour à l'urgence et des travaux sont en cours ou à entreprendre dès l'automne.

- Amélioration du roulement des usagers hospitalisés par l'utilisation plus grande de la clinique de médecine ambulatoire : démarches en cours pour rémunération adéquate des médecins en médecine ambulatoire, programmation de l'offre de services et communication; arrivée d'un nouveau radiologiste;
- Révision de l'utilisation de l'équipe ECGT et infirmières de liaison pour les patients âgés et meilleur suivi des 75 ans et plus;
- Analyse pointue des statistiques, diagnostics d'admission/départ, feuilles sommaire, NIRRU, etc et actions sur les durées de séjour des hospitalisations ;
- Révision / Élaboration de protocoles médicaux et de règles de soins pour la télémétrie en support notamment pour les mds d'urgence;
- Achat de places en longue durée;
- L'application des nouvelles lignes directrices en hygiène et salubrité ont ralenti le roulement des lits mais elles continueront à être appliquées tel que requis.

Nom :	Date :

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soins palliatifs
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	336	339	362
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	21,55	21,55	20,72

Commentaires

1.9.5 Écart de +23 usagers desservis

Commentaire :

Cible dépassée

Prévisions 2007-2008 :

Cible de 341 usagers → **sera atteint**

1.9.6 Écart de -0.83 interventions par usager

Commentaire :

La politique ministérielle en soins palliatifs favorise le maintien le plus longtemps possible du patient à domicile et ce même jusqu'au décès lorsque l'usager et sa famille le souhaitent et que sa situation le permet. Le CSSS du Haut-Richelieu a pu ainsi accompagner à domicile plus d'une trentaine d'usagers jusqu'à leur décès. L'intensité des interventions est élevée et va entièrement dans le sens de la politique.

Prévision 2007-2008 :

La cible suggérée à 16 interventions/usager sera certainement dépassée en 2007-2008 car nous croyons conserver un niveau d'intensité similaire à 2006-2007 et ce, dans l'esprit de la politique ministérielle en soins palliatifs.

Nom :	Date :
--------------	---------------

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes				
Axe :		Chirurgie		
Objectifs de résultats 2005-2010		Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.		
Indicateurs		Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.9.11	Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	79	75	76
1.9.12	Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	132	110	121
1.9.13	Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	1 512	1 250	1718
1.9.14	Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	3 989	4 017	3711
1.9.15	Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	2 606	2 495	2603
1.9.16	Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie de la hanche	1	0	5
1.9.17	Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie du genou	8	0	7
1.9.18	Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une chirurgie de la cataracte	24	0	17
Commentaires				
1.9.11 Écart de +1 PTH Prévision 2007-2008 : Cible idem à la production 2006-2007 = 75 + 1 (surproduction) = 76 → sera atteint 1.9.12 Écart de +11 PTG Prévision 2007-2008 : Cible idem à la production 2006-2007 = 110 + 11 (surproduction) = 121 → sera atteint 1.9.13 Écart de +468 cataractes Prévision 2007-2008 : Cible passe de 1250 à 1297. Et demande pour de la surproduction passe de 0 à 421 Donc au total : idem à la production 2006-2007 soit 1718 → sera atteint 1.9.14 Écart de -306 CDJ (exclu cataractes) Prévision 2007-2008 : même cible que 2006-2007 soit 4017 → sera atteint 1.9.15 Écart de +11 PTG Prévision 2007-2008 : cible idem à la production 2006-2007 = 2495 + 108 (surproduction) = 2603 → sera atteint 1.9.16 Écart de + 5 patients Prévision 2007-2008 : même cible que 2006-2007 soit 0 patient en attente > 6 mois → sera atteint 1.9.17 Écart de + 7 pts Prévision 2007-2008 : même cible que 2006-2007 soit 0 patient en attente > 6 mois → sera atteint 1.9.18 Écart de + 17 pts Prévision 2007-2008 : même cible que 2006-2007 soit 0 patient en attente > 6 mois → sera atteint				
Nom :		Date :		

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Dépistage du cancer du sein
--------------	------------------------------------

Objectifs de résultats 2005-2010	Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein.
----------------------------------	---

Indicateurs	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
1.1.3 Taux de participation au programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	54,2 %	54,2 %	56,9 %

Commentaires

1.1.3 Écart de + 2,7 %

Commentaire :

Cible dépassée.

Prévisions 2007-2008 :

Même résultat prévu.

Nom :	Date :
--------------	---------------

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Système du sang
Objectifs de résultats 2005-2010	Optimiser la sécurité de la transfusion et de la transplantation en atteignant un taux de 100 % de traçabilité des produits sanguins.

Indicateurs	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
1.1.10 Taux de traçabilité des produits sanguins	N/D	100 %	100 %

Commentaires

Commentaire :

Aucun

Prévisions 2007-2008 :

Statu Quo

Indicateur ne revient pas en 2007-2008

Nom :

Date :

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soutien à domicile – déficience intellectuelle
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.5.1 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	205	220	210
1.5.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI)	7,60	7,60	8,21

Commentaires

1.5.1 Écart de -10 usagers desservis

Commentaire :

Un peu moins d'usagers DI traités puisque davantage d'usagers TED sont desservis.

Prévisions 2007-2008 :

Même volume que l'année 2006-2007 pour les usagers DI seulement.

Le nombre d'usagers pour l'indicateur jumelé 1.5.11 DI et TED sera possiblement le même ou légèrement supérieur en raison des TED.

Cible : 221 au TOTAL DI + TED soit une baisse de 96 usagers pour l'indicateur jumelé 1.5.11 - DI et TED car nous avons traité au total 317 usagers → **la cible sera atteinte et possiblement dépassée car les traitements ne seront pas diminués pour les TED**

1.5.2 Écart de +0.61 interventions par usager

Commentaire :

Les usagers desservis ont requis une intensité de services accrue.

Prévision 2007-2008 :

Même intensité que l'année 2006-2007 ou possibilité de diminution pour les usagers DI.

Cible à 6,49 pour l'indicateur jumelé 1.5.12 qui inclus DI et TED → **sera atteinte**

Nom :	Date :
--------------	---------------

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soutien à domicile – déficience intellectuelle
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
1.5.3 Nombre d'utilisateurs ayant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	130	130	118

Commentaires

1.5.3 Écart de –12 utilisateurs

Commentaire :

Un peu moins de familles d'utilisateurs DI soutenues puisque davantage de familles d'utilisateurs TED sont desservies.

Prévisions 2007-2008 :

Un même nombre de familles d'utilisateurs DI devraient être soutenues car les demandes sont importantes aussi pour les utilisateurs TED.

L'indicateur jumelé 1.5.13 inclura les deux problématiques DI et TED. Le total des deux sera le même ou un peu supérieur qu'en 2006-2007 et correspondra possiblement à la cible soit 219 utilisateurs (familles) au total.

Nom :	Date :
--------------	---------------

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soutien à domicile – trouble envahissant du développement
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant un trouble envahissant du développement et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.5.4 Nombre de personnes ayant un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	94 (R 92)	92	107
1.5.5 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (TED)	3,27	3,85	3,42

Commentaires

1.5.4 Écart de +15 usagers desservis

Commentaire :

Plus d'usagers ont été desservis avec un niveau d'intensité un peu moindre que la cible, les demandes sont importantes pour les TED. La prévalence en 2006-2007 pour les TED à la Commission scolaire des Hautes-Rivières sur notre territoire est à 88,2 pour 10 000 ce qui est supérieur à celle de la Montérégie à 63 pour 10 000 et du Québec à 52,8 pour 10 000 et ce depuis les 9 dernières années. Cette prévalence a augmentée de 600 % en 10 ans à la CSHR. (ref.Santé publique Montérégie, juin 2007)

Prévisions 2007-2008 :

Le nombre d'usagers devrait se maintenir ou un peu augmenter mais ne diminuera pas.
Donc le nombre d'usagers pour l'indicateur jumelé 1.5.11 DI et TED sera p

1.5.5 Écart de -0,43 interventions par usager

Commentaire :

Le niveau d'intensité est un peu plus faible compte tenu du nombre plus élevé d'usagers desservis. Pour cette catégorie d'usagers, il est préférable de desservir plus d'usagers même si l'intensité est moindre compte tenu de la détresse des familles face à cette problématique.

Prévision 2007-2008 :

Le niveau d'intensité ne pourra s'élever si le nombre d'usagers desservis se maintient ou augmente.

Comme l'intensité pour les usagers en DI diminuera peut être un peu, la somme des résultats DI et TED pour l'indicateur jumelé 1.5.12 sera peut être à la baisse.

Cible : 6,49 pour l'indicateur 1.5.12 qui inclus DI et TED : **sera possiblement atteinte.**

ossiblement le même ou légèrement supérieur.

Cible : 221 soit une baisse de 96 usagers pour l'indicateur jumelé 1.5.11 DI et TED car nous avons traité au total 317 usagers **la cible sera atteinte ou possiblement dépassée car les traitements ne seront pas diminués pour les TED**

Nom :	Date :
--------------	---------------

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soutien à domicile – trouble envahissant du développement
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
1.5.6 Nombre d'utilisateurs ayant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	84	84	101

Commentaires

1.5.6 Écart de +17 utilisateurs

Commentaire :

Le nombre de familles d'utilisateurs TED soutenues est plus important que la cible pour les mêmes raisons énoncées à l'indicateur 1.5.4 soit la forte demande sur notre territoire.

Prévisions 2007-2008 :

Il est possible que le nombre de familles d'utilisateurs TED augmente un peu en raison de la demande croissante.

L'indicateur jumelé 1.5.13 inclura les deux problématiques DI et TED. Le total des deux sera le même ou un peu supérieur qu'en 2006-2007 et correspondra possiblement à la cible soit 219 utilisateurs (familles) au total.

Nom :

Date :

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usager.

Indicateurs	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
1.6.1 Nombre d'utilisateurs (jeunes et leur famille) atteints en CESS (mission CLSC)	2 021	2 063	2314
1.6.2 Nombre moyen d'intervention par utilisateur (jeunes et leur famille) en CESS (mission CLSC)	6,64	6,81	6,32

Commentaires

1.6.1 Écart de +251 utilisateurs desservis

Commentaire :

Nous réalisons aussi des interventions de groupe soit 10 groupes pour 134 participants.

Plus d'utilisateurs ont été desservis avec un niveau d'intensité moindre mais nous souhaitons augmenter l'intensité pour obtenir plus de résultats pour ce type de clientèle.

Prévisions 2007-2008 :

L'impact de la modification de la Loi sur la Protection de la Jeunesse se fera probablement sentir cette année par une hausse des demandes et si des allocations budgétaires nous sont octroyées, davantage d'utilisateurs seront desservis. Nous avons déjà des listes d'attente dans ce domaine.

Cible : 2314 soit idem à la p13 de 2006-2007 ce qui **devrait être atteint**.

1.6.3 Écart de -0,49 interventions par utilisateur

Commentaire :

Plus d'utilisateurs ont été desservis avec un niveau d'intensité moindre.

Prévision 2007-2008 :

Des efforts seront consentis pour augmenter l'intensité puisqu'il est démontré que ça s'avère gagnant pour ces clientèles.

Cible : **hausser à 6,81 le résultat qui sera visé.**

Nom :	Date :
--------------	---------------

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Promotion et prévention – jeunes et familles
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.10 Proportion de femmes ayant accouchées dans l'année rejointe par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance			
• À déterminer	66,1 %	66,1 %	52,3 %
• NEGS	66,7 %	66,7 %	52,3 %
• PSJP	65,1 %	65,1 %	52,3 %

Commentaires

1.10 Écart de -14 %

Commentaire :

Nos calculs pour cet indicateur nous donnent des résultats différents.

Il y a des différences entre les données GESTRED et les résultats obtenus que nous avons calculés.

Il y a des différences entre le nb de femmes ayant accouché inscrit dans GESTRED et les données provenant de la Direction de la santé publique à partir du fichier des naissances de 2003, qui devrait être le nombre d'usagères à atteindre pour obtenir la cible du 66 %.

Bref, il faudrait revoir le mode de calcul si cet indicateur revenait éventuellement.

Prévisions 2007-2008 :

Indicateur ne revient pas en 2007-2008. Suivi dans les indicateurs de SANTÉ PUBLIQUE.

Nom :	Date :
--------------	---------------

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services de première ligne – santé mentale
Objectifs de résultats 2005-2010	Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.8.1 Nombre d'utilisateurs de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	97 (R 119)	134	133
1.8.2 Nombre d'utilisateurs de 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale dans les CSSS (mission CLSC)	469 (R 584)	796	592

Commentaires

1.8.1 Écart de -1 utilisateur desservi

Commentaire :

L'atteinte de 133 utilisateurs est une excellente performance compte tenu du **manque de 1,5 psychologue** X 12 mois

L'équipe complète comprend 5 psychologues. Le travail a été fait par **3,5 personnes / 5** ce qui a occasionné beaucoup de retard dans la production des rapports même si les utilisateurs ont reçu leur service.

Prévisions 2007-2008 :

Indicateurs fusionnés < et > 18 ans. Cible visée : **179** jeunes annualisé = 12/12

Compte tenu des retours au travail et de nouveaux départs pour maternité prévus, il **manquera 1,2 psychologue** X 12 mois si le recrutement ne donne toujours pas de résultats. Aussi, avec 3,7 psychologues en 2007-2008, nous pourrions atteindre 140 utilisateurs mais les efforts de recrutement se poursuivront ainsi que la révision des façons de faire pour tenter d'atteindre la cible de 179 utilisateurs.

1.8.2 Écart de -204 utilisateurs desservis

Commentaire :

Difficultés importantes de recrutement ayant retardé la dotation des postes prévus et donc la livraison des services. Pour l'année, il nous a **manqué 3 professionnels** (1 TS, 1 psychologue, 1 ergothérapeute). Donc travail accompli par **5,2 ETC / 10 = 592 / 796**

Prévision 2007-2008 :

Indicateurs fusionnés < et > 18 ans. Cible visée : **796** adultes annualisé = 12/12

Donc au total pour les 2 groupes, cible à 975 utilisateurs.

En début d'année 2007-2008, nous avons recruté seulement 1 ergothérapeute qui commence en juillet, donc il nous manque encore 2 professionnels. Nous allons travailler à améliorer la performance avec le personnel en place. Perspectives de **8,3 ETC / 10**

Nous souhaiterions rapatrier certains clients du MIR et post-cure en 1^{re} ligne ce qui pourrait représenter une dizaine d'utilisateurs par période et travailler aussi au transfert des clients stabilisés de la 2^e ligne vers la 1^{re} ligne mais avec médecin de famille. Pas de liste d'attente en juillet 2007. Tous les efforts seront consentis pour tenter d'atteindre la cible de 796 utilisateurs.

Nom :	Date :
--------------	---------------

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services de deuxième ligne – santé mentale
--------------	---

Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.
----------------------------------	--

Indicateurs	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
1.8.3 Nombre d'utilisateurs de moins de 18 ans dont le délai d'accès aux services de 2 ^e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	23	18	17
1.8.4 Nombre d'utilisateurs de 18 ans et plus dont le délai d'accès aux services de 2 ^e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	77	55	61

Commentaires

1.8.3 Écart de -1 usager

Commentaire :

Bons résultats malgré l'achalandage exceptionnel à l'urgence ayant accaparé les plages horaires des pédopsychiatres et limité les services de 2^e ligne. De plus, nous avons l'équivalent de – ½ jour pédo / 2 semaines depuis le début de 2007 (table d'accès scolaire, gros cas avec décisions cliniques).

Prévisions 2007-2008 :

Indicateurs fusionnés < et > 18 ans . Cible : 18 jeunes annualisé = 12/12. Devrait être atteint.

1.8.4 Écart de + 6 usagers

Commentaire :

Bons résultats malgré le nombre insuffisant de psychiatres pour répondre à toute la demande. Nous avons 3 psychiatres à l'externe pour 1500 dossiers ce qui est considérable.

Prévision 2007-2008 :

Indicateurs fusionnés < et > 18 ans

Même nombre de psychiatres pour 2007-2008 mais l'un d'eux a réduit ses heures du 1/3 à la suite d'une maladie. Donc il sera difficile d'améliorer le délai d'accès .. Cible : 55 adultes annualisé = 12/12 , on tentera d'atteindre la cible

Nom :	Date :
--------------	---------------

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services de crise et d'intégration dans la communauté – santé mentale
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : - En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants) - En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants)

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	11,92 (R 13,62)	13,62	51 Gestred 31,30 Agence
1.8.6 Nombre de places en services de suivi intensif pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	79,38	90	103 Gestred 67,62 Agence

Commentaires

1.8.5 Écart :

Commentaire :

Des données sont entrées dans I-CLSC alors qu'on ne fait aucune activité de ce type en CLSC. Donc résultat GESTRED erroné.

Le réel résultat : 2,6 intervenants ETC x 18 (ratio 1/18) = 48 places

Prévisions 2007-2008 :

Agence : 48 places ont été transférées du service de suivi intensif vers les services de soutien d'intensité variable dans la communauté.

Cible : même résultat pour 2007-2008 soit 2,6 intervenants ETC x 18 (ratio 1/18) = **48 places sera atteint**

1.8.6 Écart :

Commentaire :

Des données sont entrées dans I-CLSC alors qu'on ne fait aucune activité de ce type en CLSC. Donc résultat GESTRED erroné.

Le réel résultat : 5,2 intervenants ETC x 8 (ratio 1/8) = 42 places

Prévision 2007-2008 :

Agence : 48 places ont été transférées du service de suivi intensif vers les services de soutien d'intensité variable dans la communauté. Donc 90-48=42 ; Cible 2007-2008 est diminuée à 42.

Cible : même résultat pour 2007-2008 soit 5,2 intervenants ETC x 8 (ratio 1/8) = **42 places sera atteint**

Certaines modifications de pratique seront faites cette année quant au travail des encadreurs dont les contrats sont à renouveler à l'automne. Une contribution à la réadaptation des clientèles sera attendue.

Nom :

Date :

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services d'urgence – santé mentale
Objectifs de résultats 2005-2010	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mental - Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins ; - 0 % de patient séjournant 48 et plus sur civière à l'urgence

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	8,8	8,8	9,1
1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	2,3 %	2 %	1,83 %

Commentaires

1.8.7 Écart de +0,3 heures

Commentaire :

Hausse considérable depuis l'automne dernier (événement Collège Dawson) d'une clientèle référée soit des jeunes intoxiqués et psychotiques et progression importante aussi des gardes en établissement.

Prévisions 2007-2008 :

Cible à 8,8 pour le séjour moyen. **Sera atteint.**

1.8.8 Écart de -0,2 %

Commentaire :

Prévision 2007-2008 :

Cible : 1,8 % les séjours 48 hrs et + sur civière, **sera réalisé.**

Nom :

Date :

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement
--------------	---

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.
----------------------------------	---

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	2 553 (R 2 552)	2 852	2 647
1.3.2 Nombre moyen d'intervention en soutien à domicile reçu par les personnes en perte d'autonomie	23,11 (R 23,10)	23,10	21,46

Commentaires

1.3.1 Écart de –205 personnes desservies

Commentaire :

Les profils 710, 191 et 192 ont été révisés en cours d'année. Il y a eu **6 944 heures de services professionnels qui n'ont pu être comblées** pour l'ensemble du SAD cette année (inhalo, psychosocial, ergo, physio) pour cause de maladie ou de départ. Ça représente 6,5 % des heures budgétées totales (107 616 heures). Donc, ça pourrait représenter **172 usagers** desservis de plus avec une équipe complète.

La pression exercée sur la production chirurgicale fait en sorte que la cadence des chirurgies s'accélère dans les dernières périodes de l'année, drainant les professionnels aux services à la clientèle en post-opératoire au détriment de la clientèle en perte d'autonomie (mêmes équipes). Nous n'avons pas le contrôle total de la juste répartition des chirurgies tout au long de l'année puisque nous recevons aussi des clientèles de notre territoire opérées dans d'autres établissements.

Prévisions 2007-2008 :

Cible de 2 901 usagers devrait être atteinte.

1.3.2 Écart de –1,64 interventions par personne

Commentaire :

Le nombre moyen d'interventions en soins infirmiers et d'aide s'est maintenu durant l'année. Toutefois, l'intensité a diminué pour les services professionnels en raison du manque en heures travaillées par les professionnels.

Prévision 2007-2008 :

Cible de 23,10 interventions / personne devrait être atteinte.

Nom :	Date :
--------------	---------------

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour/présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour/présence en services professionnels de 6 %.

Indicateurs	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour/présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,10 (3,08)	3,19	3,25
1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour/présence en services professionnels dans les CHSLD	0,16 (0,15)	0,15	0,18

Commentaires

1.3.3 Écart de +0,06 heures travaillées par jour/présence en soins infirmiers

Commentaire :

Cible dépassée

Prévisions 2007-2008 :

Cible idem à résultats de 2006-2007 soit **3,25 heures travaillées en soins infirmiers et aide, sera atteinte.**

1.3.4 Écart de +0,03 heures travaillées par jour/présence en services professionnels

Commentaire :

Cible dépassée

Prévision 2007-2008 :

Cible à 0,17 heures travaillées en services professionnels, **sera atteinte.**

Nom :

Date :

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soutien à domicile – déficience physique
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	428 (R 427)	478	401
1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	25,07 (R 25,12)	21,47	24,05

Commentaires

1.4.1 Écart de –77 usagers desservis

Commentaire :

Il n'y a aucune attente pour les services à domicile pour les clientèles de déficience physique. L'attente se situe au niveau des programmes soit des sommes d'argent allouées pour pallier aux handicaps (aide matérielle ou autre).

Au moment de la fusion, il y a eu épuration des profils pour

1- DP > 65ans, la majorité transférée au code 710 (perte d'autonomie)

2- DP + DI, décision que les doubles problématiques soient codifiées sur la problématique majeure et décision que la majorité des clientèles ont une problématique DI comme condition principale et que la DP étant une condition associée.

Prévisions 2007-2008 :

Cible de 478 usagers à desservir. **S'il y a une demande de services dans ce sens, elle sera rencontrée.**

1.4.2 Écart de +2,58 interventions par usager

Commentaire :

Cible dépassée.

Prévision 2007-2008 :

Cible à 21,47 interventions / usagers **sera atteinte.**

Nom :	Date :
--------------	---------------

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soutien à domicile – déficience physique
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
1.4.3 Nombre d'utilisateurs ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	87	117	80

Commentaires

1.4.3 Écart de -37 utilisateurs

Commentaire :

Liste d'attente en P13 :

VDF : 1 demande en attente

Richelieu : aucune demande n'est en attente

Prévisions 2007-2008 :

Cible visant une augmentation du nombre de familles desservies à 117. **S'il y a une demande en ce sens, elle sera rencontrée.**

Nom :

Date :

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe : Personnel du réseau et du Ministère

Objectifs de résultats 2005-2010 : Améliorer la gestion de la présence au travail

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,39	5,70	6,45

Commentaires

Écart de + 0,75

Commentaire :

En 2006-2007, nous avons élaboré et mis en application un plan d'action visant à réduire les coûts en assurance-salaire et en accidents de travail et lésions professionnelles dans deux installations de notre CSSS qui affichaient une non performance. Cet important exercice a engendré des bénéfices considérables puisque, d'une part, la réduction des coûts en assurance-salaire dans ces installations est supérieure à 400 000\$ et que, d'autre part, la diminution des heures payées en assurance-salaire est inversement proportionnelle à l'augmentation des heures disponibles pour le travail.

Toutefois, malgré ces résultats, la performance globale qu'affiche notre CSSS à ce chapitre au 31 mars 2007 est tout à fait identique à celle de l'année précédente. En effet, le ratio obtenu en comparant les heures payées en assurance-salaire avec les heures totales travaillées est passé de 6,39 %, qu'il était au 31 mars 2006, à 6,45 %. Ces résultats démontrent une augmentation des heures payées en assurance-salaire dans les autres installations que celles visées par le plan de redressement, phénomène également observé dans l'ensemble de la Montérégie pour la même période.

Nom :

Date :

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Gestion des bâtiments et des équipements
Objectifs de résultats	Assurer une gestion des bâtiments et des équipements visant la réduction du taux de dépenses en administration et en soutien aux services et la réduction de la consommation d'énergie.

Indicateurs	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
2.1.1 Taux des dépenses en administration et en soutien aux services	19,20	21,73	6,91*
2.2.1 Consommation en giga joules par mètre carré	1,68	1,68	1,60

* taux recalculé

Commentaires

2.1.1 Écart de -14,82

Commentaire :

Entente de gestion versus GESTRED : information souvent erronée et double info entre nous et l'Agence; Situation à corriger.

Excellente performance à ce chapitre

Prévisions 2007-2008 :

Respect de la cible autorisée

2.2.1 Écart de -0.08

Commentaire :

Prévision 2007-2008 :

Cible plus élevée en 2007-2008 soit à 1,75 → nous sommes déjà très en deçà donc plus performant.

Nom :

Date :

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Équilibre budgétaire
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la dispensation des services dans le respect de l'enveloppe budgétaire tout en poursuivant les efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux.

Indicateurs	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
Résultat d'exploitation :	- 572 018 \$	- 577 354 \$	- 569 574 \$

Commentaires

Écart autorisé

Commentaire :

Respect de la cible déficitaire autorisée

Prévisions 2007-2008 :

Respect de la cible déficitaire autorisée pour 2007-2008

Nom :

Date :

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.



Centre de santé et de services sociaux
Haut-Richelieu—Rouville



978, boul. du Séminaire Nord
Saint-Jean-sur-Richelieu (Québec) J3A 1E5
Tél. : 450 358-2572
Téléc. : 450 349-4115
www.santemonteregie.qc.ca/haut-richelieu-rouville



Ce rapport annuel d'activités est produit par
la direction des communications en collaboration avec les autres directions.