



# RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2008-2009

Centre de santé et de services sociaux  
du Haut-Saint-Laurent

Haut-Saint-Laurent Health  
and Social Services Centre





## **TABLE DES MATIÈRES**

<b>Mot du président du conseil d'administration et du directeur général</b> .....	<b>02</b>
<b>Déclaration de fiabilité des données</b> .....	<b>03</b>
<b>Présentation de l'établissement</b> .....	<b>03</b>
<b>Mission et principes directeurs</b> .....	<b>04</b>
<b>Faits saillants de l'établissement (programmes et services)</b> .....	<b>05</b>
<b>Direction des programmes de santé physique, services généraux et affaires médicales</b> .....	<b>05</b>
<b>Direction soins infirmiers, qualité des services, gestion des risques et agrément</b> .....	<b>07</b>
<b>Direction des programmes personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et déficience physique</b> .....	<b>09</b>
<b>Direction des programmes santé publique, famille, enfance, jeunesse, santé mentale et sécurité civile</b> .....	<b>10</b>
<b>Direction des ressources humaines et informationnelles</b> .....	<b>12</b>
<b>Direction des services financiers et du soutien technique</b> .....	<b>12</b>
<b>Bilan de la commissaire locale aux plaintes</b> .....	<b>13</b>
<b>Fondations du CSSS du Haut-Saint-Laurent</b> .....	<b>13</b>
<b>Conseils et comités du CSSS du Haut-Saint-Laurent</b> .....	<b>14</b>
<b>Suivi de l'entente de gestion</b> .....	<b>16</b>
<b>Données financières</b> .....	<b>21</b>
<b>Annexe 1 Informations sur la prestation sécuritaire des services de santé et de services sociaux</b> .....	<b>24</b>
<b>Annexe 2 Conseils et comités d'administration du CSSS du Haut-Saint-Laurent</b> .....	<b>28</b>
<b>Annexe 3 Code d'éthique du conseil d'administration du CSSS du Haut-Saint-Laurent</b> .....	<b>31</b>



## MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Conformément aux dispositions de la Loi sur les services de santé et services sociaux (LSSSS), il nous fait plaisir de vous déposer le rapport annuel de gestion du CSSS du Haut-Saint-Laurent pour l'année financière 2008-2009.

Notre établissement, tout comme l'ensemble du réseau, a connu de nombreux changements au cours des dernières années et la tendance n'a pas été démentie pour la période du 1er avril 2008 au 31 mars 2009.

### **Au service de sa population**

L'établissement a officiellement obtenu son accréditation en mai 2008. Il s'agit d'une réalisation pour laquelle nous sommes particulièrement fiers. Cette accréditation nous est accordée pour trois ans et comporte seulement neuf recommandations dont la grande majorité sont déjà mises en application. Le nouveau processus d'accréditation met de l'emphase sur le rôle élargi du CSSS en matière de prévention et de promotion de la santé. Dans le respect des exigences de l'accréditation, l'établissement a révisé le plan local d'action en santé publique, lequel définit les objectifs et les activités du CSSS susceptibles d'aider notre clientèle à maintenir un état de santé optimale et propose l'adoption des meilleures pratiques cliniques.

Toujours pour mieux desservir la population, nous avons débuté le processus de remplacer notre système téléphonique afin de permettre à notre clientèle de joindre l'ensemble de nos installations par l'entremise d'un seul numéro de téléphone. De plus, ce numéro de téléphone unique permet d'éliminer les frais d'interurbain pour certaines personnes domiciliées sur notre territoire. Le CSSS du Haut-Saint-Laurent s'est donné une spécificité et une couleur régionale avec la refonte totale de sa nouvelle version Web du portail régional [www.santemonteregion.qc.ca](http://www.santemonteregion.qc.ca) à la fin de l'année financière.

Comme vous le constaterez dans les pages qui suivent, nous avons atteint un volume d'activités dans l'ensemble plus élevé que ce que nous avons convenues à notre entente de gestion.

Il ne fait aucun doute que le plus grand défi auquel est confronté le CSSS, c'est la pénurie d'effectifs médicaux. La situation s'est détériorée lentement au cours des dernières années et la crise a éclaté à la période des Fêtes où il est devenu pratiquement impossible de

comblent l'horaire de garde à l'urgence, nous forçant même à adopter un scénario de fermeture ponctuelle de ce service. La fermeture a été évitée de justesse grâce au support du ministère qui nous a donné l'accès à la liste des médecins dépanneurs et à une contribution exceptionnelle de certains de nos médecins.

### **Pour le futur**

Bien que le CSSS soit pourvu d'installations à la fine pointe de la technologie, la pénurie de médecins nous touche de plein fouet et représente le plus grand défi de notre établissement pour les prochaines années. Nous poursuivons inlassablement nos efforts de recrutement de nouveaux médecins afin de préserver un service médical de qualité et accessible à l'ensemble de notre population en milieu hospitalier mais également en cabinet privé (médecin de famille). Un agent d'accueil a d'ailleurs été embauché en collaboration avec le CLD afin de nous aider en ce sens.

### **Nos remerciements**

Nous tenons à remercier la population qui, par l'entremise de nos fondations et des Dames Auxiliaires, nous permet la réalisation de nombreux projets tels la rénovation de l'urgence et l'achat d'un tomodensitomètre pour lequel un projet d'agrandissement sera réalisé à l'automne 2009.

Nous tenons aussi à souligner le dévouement de nos employés et de nos médecins qui assurent quotidiennement un service de qualité, sécuritaire et continu.

Les membres bénévoles siégeant au conseil d'administration méritent également toute notre reconnaissance pour les nombreuses heures investies au service de la communauté.

Bonne lecture !

**Milton Reddick**  
*Président du conseil d'administration*

**Guy Deschênes**  
*Directeur général*



## LA DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2008-2009 du CSSS du Haut-Saint-Laurent :

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

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

**Guy Deschênes**  
*Le directeur général*



## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Le CSSS du Haut-Saint-Laurent est situé au sud-ouest de la Montérégie et comprend un centre local de services communautaires (CLSC), un hôpital et deux centres d'hébergement qui offrent des services de première ligne à une population de 22 368 personnes.

### Installations :

---

**UN NUMÉRO UNIQUE 450-829-2321**

#### **CSSS du Haut-Saint-Laurent (siège social)**

28, rue Gale, Ormstown, Québec J0S 1K0  
Télec. : 450-829-3582

#### **Hôpital Barrie Memorial**

28, rue Gale, Ormstown, Québec J0S 1K0  
Télec. : 450-829-3582

#### **Centre d'hébergement d'Ormstown**

65, rue Hector, Ormstown, Québec J0S 1K0  
Télec. : 450-829-3110

#### **Centre d'hébergement du comté de Huntingdon**

198, rue Châteauguay, Huntingdon, Québec J0S 1H0  
Télec. : 450-264-4923

#### **CLSC Huntingdon**

10, rue King, suite 200, Huntingdon, Québec J0S 1H0  
Télec. : 450-264-6801

#### **CLSC Huntingdon Point de service**

21, rang St-Anne, St-Chrysostome, Québec J0S 1R0  
Télec. : 450-826-4239

### Nombre de lits

---

Courte durée	49
Longue durée	125
Hébergement temporaire	9



# LA MISSION ET LES PRINCIPES DIRECTEURS DU CSSS DU HAUT-SAINT-LAURENT

## Mission

La mission du CSSS du Haut-Saint-Laurent est d'**offrir et de promouvoir auprès de la population** du territoire:

- Des services de santé et des services sociaux courants de nature préventive ou curative, de réadaptation et de réinsertion;
- Des services diagnostiques et des services médicaux;
- Des services alternatifs, de façon temporaire ou permanente, d'hébergement, d'assistance, de soutien, de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes en perte d'autonomie.

À cette fin, le CSSS du Haut-Saint-Laurent agit comme pierre angulaire en matière de santé et de services sociaux en mettant l'emphase sur **l'accessibilité et la sécurité des usagers**, au moyen d'un centre local de services communautaires, de deux centres d'hébergement de soins de longue durée et d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.

## Principes directeurs

Dans la poursuite de la réalisation de sa mission, le CSSS du Haut-Saint-Laurent est un **instrument au service de la population** par:

- **Une approche globale** de santé en respectant les étapes de la prévention, le diagnostic et le traitement, la réintégration sociale et la protection sociale;
- **Une approche multidisciplinaire** en acceptant que son expertise soit complétée par d'autres, pour maximiser la qualité du service;
- **Des services continus** dans l'action de ses intervenants;
- **Des services accessibles**, du point de vue géographique et sociologique;
- **Des services efficaces et sécuritaires** en utilisant de façon optimale ses propres ressources humaines, physiques et financières;
- **Des services adaptés à la population**, mis en évidence par des études sur le territoire.



Centre de santé et de services sociaux  
du Haut-Saint-Laurent

Haut-Saint-Laurent Health  
and Social Services Centre



## FAITS SAILLANTS DE L'ÉTABLISSEMENT PROGRAMMES ET SERVICES

### DIRECTION DES PROGRAMMES DE SANTÉ PHYSIQUE, SERVICES GÉNÉRAUX ET AFFAIRES MÉDICALES

L'année 2008-2009 a été marquée par la précarité de la couverture médicale à l'urgence. Les résultats sont plus qu'intéressants en regard des objectifs ciblés au niveau de l'entente de gestion.

#### Urgence

En vue de travaux de rénovation, le département de l'urgence a été déménagé dans un lieu temporaire au mois de novembre 2008. Les séjours de plus de 48 heures de patients sur civière ont été améliorés de 1,2 % en 2008-2009. Nous sommes encore cette année en dessous de la moyenne montérégienne grâce aux efforts de notre équipe de l'urgence.

#### Bloc opératoire - chirurgie d'un jour

Depuis septembre 2008, un deuxième chirurgien s'est ajouté à notre équipe chirurgicale. Aucune liste d'attente n'existe en chirurgie durant l'année financière, mais il y a encore un temps d'attente de un an et demi pour les endoscopies non urgentes. Avec l'ajout d'une journée supplémentaire, on devrait être en mesure de diminuer le temps d'attente. Le nombre d'endoscopies en 2008-2009 a augmenté à 901, comparativement à 579, en 2007-2008.

#### Médecine et chirurgie

La durée moyenne de séjour de notre clientèle hospitalisée a augmenté de 14,9 jours à 15,2 jours en 2008-2009. Il faut noter que les sondages de satisfaction complétés cette année ont démontré une grande satisfaction de notre clientèle hospitalisée au niveau des services dispensés.

#### Clinique de diabète

Pour l'année financière, nous avons reçu 571 visites d'usagers. Il y a eu 101 nouveaux patients qui se sont inscrits à la clinique de diabète.

#### Service de réadaptation

L'année 2008-2009 fut marquée par la relocalisation temporaire de notre service de réadaptation externe. Ceci a fait en sorte de libérer des espaces pour y aménager le département de l'urgence au cours de la construction de la nouvelle urgence.

En considération du personnel réduit en raison des nombreux congés parentaux et de la relocalisation de nos locaux, le temps d'attente a augmenté, passant de 12 mois à 18 mois. En fait, on a observé, en avril 2008, 94 patients en attente de traitements en physiothérapie comparativement à 162, en avril 2009. Toutefois, les efforts soutenus de l'équipe et les nouvelles politiques instaurées ont permis la poursuite des prises en charge des cas prioritaires dans les délais prescrits. Nous observons une hausse des heures de prestation de services et particulièrement pour la clientèle prioritaire (incluant CSST), indiquant une augmentation de la lourdeur de la clientèle avec des cas multi-pathologiques). Malgré un roulement important de notre personnel, nous avons maintenu une moyenne de prise en charge légèrement supérieure à l'an passé.





## Volume d'activités

Heures de prestation des services	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Secteur physiothérapie	5140	4408	6159	6498
Secteur ergothérapie	3409	2677	3025	3231

### Services de santé courants

	2008-2009	2007-2008
Nombre d'utilisateurs:	1901	1417
Nombre d'interventions:	6665	4881
Nombre moyen d'interventions:	3,51	
Nombre de prélèvements sanguins effectués:	7061	6806

Durant l'année 2008-2009, les objectifs de mise en place de l'ordonnance collective de contraception et de l'offre de service en ITSS (Infection Transmissible Sexuellement et par le Sang) en collaboration avec le secteur FEJ (Famille-Enfance-Jeunesse) ont été atteints. La formation du personnel pour l'application du programme d'échange de seringues est débutée et se poursuivra une fois les travaux de l'urgence terminés, en 2009-2010, puisque un nouveau CAMI (Centre d'Accès au Matériel d'Injection) y sera mis en place.

### Services psychosociaux

	2008-2009	2007-2008
Nombre total d'interventions	987	988
Nombre d'utilisateurs desservis	323	352
Nombre moyen d'interventions	3,06	2,80

L'année 2008-2009 a été ponctuée de changements et malgré la pénurie constante d'agents de relations humaines, l'équipe a été capable d'atteindre 75 % de notre cible d'entente de gestion.

### Services d'inhalothérapie

	2008-2009	2007-2008
Nombre d'utilisateurs en apnée du sommeil	318	314
Nombre d'interventions	1310	1362

L'année 2008-2009 nous a permis de mettre en place et d'appliquer les ordonnances collectives pour améliorer le suivi systématique de cette clientèle.

### Services diagnostiques

Le département d'imagerie médicale s'est préparé à l'installation d'un tomodynamomètre. En cours d'année, le centre de prélèvements et le secrétariat du laboratoire ont été déplacés à cause de la rénovation de l'urgence. Nous n'avons aucune liste d'attente à l'exception des échographies (3 à 4 mois).

	2008-2009	2007-2008
Procédures:	331798	316854
Valeur pondérée:	610744	524729
Prélèvements:	21117	13392

### Priorités 2009-2010

Le projet ayant le plus d'ampleur pour 2009-2010 est le réaménagement complet de l'urgence d'ici l'automne 2009, tout comme l'amélioration du triage et des délais d'attente à ce même département. Notre équipe de chirurgiens prévoit d'être en mesure d'atteindre nos ententes de gestion en chirurgie en 2009-2010. Nous prévoyons en 2009-2010 la mise en place d'un comité pour regarder des solutions en vue de diminuer la durée des séjours pour la clientèle hospitalisée. Nous avons aussi comme objectifs l'optimisation des heures de travail en services de santé courants et le réaménagement des horaires de travail afin d'augmenter l'efficacité des services et l'accessibilité à notre population. Une évaluation sera faite notamment en vue d'augmenter les services en apnée du sommeil dans un contexte où les demandes sont en croissance continues.

### Pat Reid

*Directrice des programmes de santé physique et services généraux, directrice adjointe aux affaires médicales*



## **DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS, QUALITÉ DES SERVICES, GESTION DES RISQUES ET AGRÉMENT**

La direction des soins infirmiers et de la qualité des services, gestion des risques et agrément a investi beaucoup d'énergie à travailler à l'intégration du programme « qualité et gestion des risques ». Ces activités, caractérisées par un rôle « conseil », ont été orientées sur la gestion des risques et la préparation de la visite du Conseil Canadien d'agrément.

### **Gestion des risques**

---

L'année 2008-2009 a été caractérisée par un travail visant l'application de la loi 113 pour la prestation sécuritaire des soins et services. L'objectif est d'implanter une culture proactive de gestion des risques, d'élaborer un programme de gestion des risques conformément à la réglementation. À cet effet, nous avons rencontré les équipes de gestionnaires des différents programmes et fait du renforcement sur l'importance de déclarer les incidents et les accidents dans un but d'amélioration de la qualité en prévenant les accidents et évitant les récurrences. Nous leur avons assuré plusieurs analyses détaillées en lien avec les chutes.

Nous avons déclaré 507 accidents/incidents pour l'année 2008-2009. Ce recensement fait référence principalement aux missions hospitalière, de CHSLD et de CLSC. Nous avons eu 383 incidents. Ces événements évitables n'avaient aucun préjudice chez l'utilisateur. Par conséquent, nous avons eu à réfléchir sur des révisions de processus et à mettre en place des mesures pour éviter les récurrences. Par ailleurs, nous avons eu 124 accidents avec des impacts plus ou moins graves chez les usagers.

### **Prévention et contrôle des infections**

---

Pour l'année 2008-2009, nous avons augmenté le poste d'infirmière en prévention des infections de 0.33 temps partiel à un temps complet ayant comme objectif d'inclure la gestion des lits de courte durée et de longue durée. Le comité de prévention et contrôle des infections nosocomiales est actif, des efforts ont été portés sur l'élaboration des politiques en contrôle des infections.

### **Statistiques des infections relatives aux bactéries multirésistantes 2008-2009 :**

- Sur les 25 cas de SARM, 12 cas sont des infections nosocomiales.
- Sur les 5 cas de ERV, 3 sont des infections nosocomiales.
- Sur les 14 cas de C. difficile, 12 sont des infections nosocomiales.

### **Programme « qualité »**

---

Dans le cadre d'assurer une approche d'amélioration continue de la qualité, un programme « qualité » a été élaboré et a fait l'objet d'une consultation auprès des directeurs du CSSS. Lors de l'embauche des externes en soins infirmiers et des candidates à l'exercice de la pratique infirmière, le programme d'orientation et d'accueil a été structuré visant à bien accueillir nos nouvelles infirmières.

### **Pénurie de main-d'œuvre**

---

Malgré la pénurie de main-d'œuvre, notre préoccupation a été d'assurer la prestation des soins sécuritaires et de qualité. Tous les secteurs ont travaillé très fort au volet attraction et rétention de la main-d'œuvre. Lors de pénurie, les structures de travail ont été adaptées aux besoins requis. Le projet d'intégration des externes en soins infirmiers permet de répondre à un certain niveau de pénurie.

### **Programme d'agrément**

---

La visite au CSSS a exigé plusieurs rencontres pour planifier la visite et préparer les plans d'action. La visite a eu lieu du 28 mars au 3 avril 2008 et a été qualifiée positivement de la part des visiteurs. Nous avons travaillé intensivement à répondre aux recommandations énoncées par Agrément Canada lors du rapport provisoire, considérant que l'échéancier se situait de juin 2008 au 16 décembre 2008 (6 mois) pour faire modifier le statut du type d'agrément.

Au niveau des dimensions de la qualité, le CSSS du Haut-Saint-Laurent a obtenu une moyenne de 91% de conformité lors de son rapport provisoire. Les dimensions de la qualité ont été mesurées à partir de 1630 critères avec un résultat de conformité à 86.93 %.



## Priorisation 2009-2010

---

Les dossiers prioritaires pour l'année 2009-2010 sont:

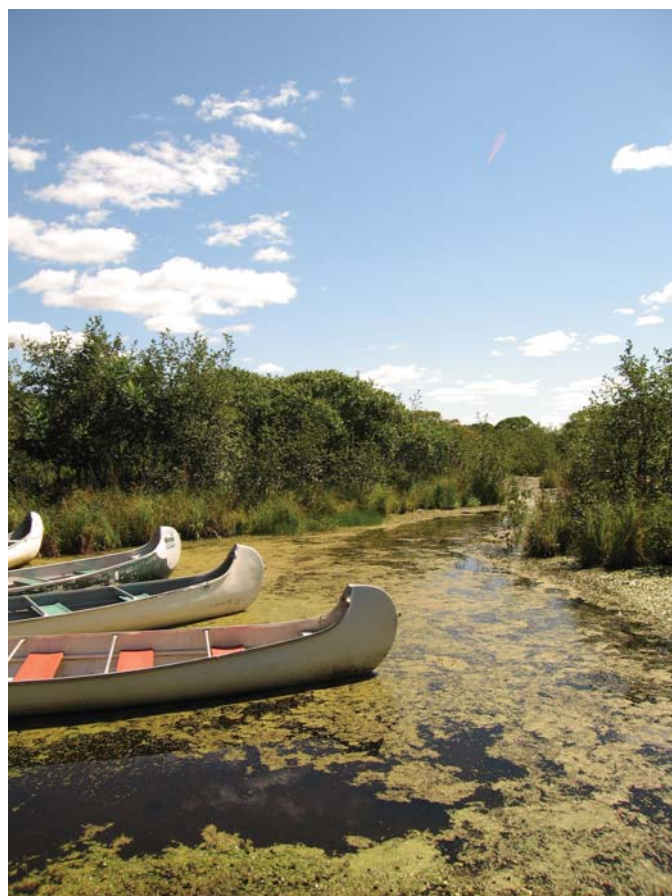
- L'actualisation des recommandations du Conseil Canadien d'agrément d'ici février 2010;
- L'implantation du dossier «vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement » (formation de 66% de la main-d'œuvre du CSSS) ;
- Audit sur la nouvelle norme de pratique en soins infirmiers «Le Plan Thérapeutique Infirmier »;
- Poursuite du dossier «Plan d'action en matière de fidélisation, développement et utilisation des compétences afin de réduire les impacts des pénuries de main-d'œuvre»;
- Formation nationale pour les préposés aux bénéficiaires;
- Audit sur l'application du programme de surveillance pour les patients recevant des opiacés;
- Implantation de la nouvelle philosophie des soins infirmiers. Le modèle réfère à la qualité relationnelle entre l'usager, la famille et le professionnel en soins. Il vise le meilleur résultat pour l'usager, le résident et sa famille dans une approche centrée sur l'«humanité», «respect/dignité», «qualité/sécurité», la reconnaissance du personnel dans sa compétence orientée sur l'autonomie professionnelle, l'imputabilité et l'interdisciplinarité.

### Anne Chiasson

*Directrice des soins infirmiers, qualité des services, gestion des risques et agrément*

**Centre de santé et de services sociaux  
du Haut-Saint-Laurent**

**Haut-Saint-Laurent Health  
and Social Services Centre**





## **DIRECTION DES PROGRAMMES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉ AU VIEILLISSEMENT ET DÉFICIENCE PHYSIQUE**

### **Service de première ligne volet CLSC**

La mission du CLSC pour notre clientèle consiste à offrir des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, dans leur milieu de vie afin de les y maintenir le plus longtemps possible. À cette fin, l'établissement voit, 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, l'aide à domicile et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts.

Les intervenants du programme services à domicile (SAD) ont desservi :

- 507 personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (en moyenne 24,47 interventions par personne)
- 104 personnes présentant une déficience physique (en moyenne 39,90 interventions par personne)
- 40 personnes en soins palliatifs (en moyenne près de 21,94 interventions par personne)

### **Services de première ligne volet CHSLD**

La mission des 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 soutien de leur entourage.

L'année 2008-2009 a été marquée par plusieurs éléments:

- Le « Plan d'action en matière de fidélisation, de développement et d'utilisation des compétences afin de réduire les impacts des pénuries de la main-d'œuvre ».

- Le développement d'un projet pilote « Symo » « Mobilité du personnel clinique pour les soins à domicile » (MPCASAD/ SYMO). Il s'agit du développement d'une application informatique qui permet d'obtenir une vue d'ensemble des profils de la clientèle, de ses besoins et des interventions prioritaires pour mieux planifier et donner de meilleurs soins à cette clientèle. Ce projet démontre que les infirmières consacrent désormais plus de temps aux soins directs aux clients. Quant aux patients, ils se sentent davantage en sécurité.
- La participation active à l'élaboration des plans de mise en œuvre du projet clinique pour les programmes PALV-DP.
- Des rencontres d'information et d'accompagnement avec les propriétaires des résidences privées afin de les aider dans leur démarche à la certification. Les objectifs ont été atteints dans la mesure où 100% des résidences privées ont été accréditées.
- Dans le cadre du programme de lutte contre le cancer, une infirmière en soins palliatifs a intégré l'équipe du SAD et a développé une expertise en matière d'oncologie et de soins d'accompagnement de fin de vie. L'objectif de l'équipe est de partager ces compétences, de les partager avec les intervenants dans un souci d'harmoniser les pratiques tout au long de la trajectoire de soins et en référence avec les meilleures pratiques.

### **Anne Chiasson**

*Directrice des programmes personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et déficience physique*





## **DIRECTION DES PROGRAMMES SANTÉ PUBLIQUE, FAMILLE-ENFANCE-JEUNESSE, SANTÉ MENTALE ET SÉCURITÉ CIVILE**

### **Famille-Enfance-Jeunesse**

En lien avec ces lignes directrices ministérielles « L'Offre de services pour Jeunes en difficulté du MSSS 2007-2012 » concernant les orientations relatives aux standards d'accès, de continuité de qualité, d'efficacité et d'efficience, nous avons remis sur pied le comité conjoint Centre jeunesse et CLSC, ce qui a permis une meilleure compréhension et partage des rôles des différents partenaires œuvrant auprès des jeunes. La préoccupation partagée d'offrir de meilleurs services et de viser l'arrimage de nos efforts est très présente lors de ces comités. C'est d'ailleurs en lien avec ces lignes directrices ministérielles que nous avons actualisé le poste de coordonnatrice de l'équipe d'intervention jeunesse pour les jeunes présentant des problèmes multiples et complexes.

Une augmentation des références de nos intervenants vers le programme Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE) a été réalisée et a permis d'offrir ces services directement dans le milieu de vie de l'enfant avec une intensité accrue.

#### **Nombre de jeunes et leur famille rejoints**

452

Objectif atteint à 93%

#### **Nombre moyen d'interventions**

8,15

Objectif atteint à 116%

#### **Nombre de références à CAFE**

12

### **Santé mentale**

Notre CSSS a participé de façon active à l'élaboration d'un cadre de référence montérégien pour les services en première ligne en santé mentale adulte, dont le but est de clarifier les rôles et les attentes de chacun. Dans le cadre du plan d'action ministériel en santé mentale 2005-2010, l'objectif est d'assurer un déploiement harmonieux et intégré des services de première ligne. Certaines actions découlant de ces orientations sont déjà mises en place et d'autres seront à poursuivre au cours des prochaines années. Le défi de notre équipe actuelle se situe davantage au niveau du recrutement du personnel avec expertise en Santé mentale.

#### **Nombre d'utilisateurs de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1ère ligne en Santé mentale, mission CLSC**

60

#### **Nombre d'utilisateurs de plus de 18 ans**

248

#### **Service de suivi d'intensité variable dans le milieu**

27

### **Santé publique**

Au cours de l'année, nous avons fait la mise à jour de notre plan d'action local afin de l'arrimer avec les réflexions, orientations et priorités retenues dans le projet clinique. Notre objectif premier est d'améliorer l'état de santé de la population en travaillant sur les déterminants sociaux de la santé (transport, logement, sécurité alimentaire, capital social, ainsi que sur ceux qui ont un impact sur le statut socio-économique tel que le revenu, l'emploi et la scolarité). Afin de réaliser cet objectif, nous maintiendrons les cinq stratégies suivantes:

- Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être;
- Soutenir le développement des communautés;
- Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives (PCP);
- Renforcer le potentiel des personnes;
- Soutenir les groupes vulnérables.

Toutes ces actions se poursuivront grâce à l'implication de l'ensemble de nos partenaires qui composent notre réseau local de services (RLS). Déjà plusieurs projets sont réalisés par l'intermédiaire des Tables de concertation intersectorielles : Petite Enfance, Jeunesse, Personnes âgées, Sécurité alimentaire, Transport et Personnes handicapées.

En Services Intégrés en Périnatalité et Petite Enfance (SIPPE), nous avons rejoint 22 mères. Nous avons actuellement un taux d'allaitement exclusif à 67% et plusieurs activités sont réalisées pour favoriser la promotion de l'allaitement dont les Haltes mensuelles. Celles-ci se font en collaboration avec Nourri-Source.



L'approche 0-5-30 dans la promotion des saines habitudes de vie se poursuit dans divers milieux. Nous voulons souligner une très belle initiative qui a vu le jour suite aux besoins ressentis par les personnes fréquentant l'organisme Un coin de chez nous. En collaboration avec la municipalité de Saint-Chrysostome, les membres de l'organisme Un coin de chez nous et le CSSS du Haut-Saint-Laurent, une subvention a été accordée pour aménager un sentier pédestre à l'intérieur d'un parc, avec des bancs, une rotonde et des arrangements floraux, ce qui en fait un endroit sécuritaire pour marcher.

En prévention des chutes, trois groupes comprenant 29 personnes ont eu accès au programme PIED. Un groupe de marche a vu le jour à Saint-Chrysostome. Les gens ayant terminé le programme ont eu le goût de poursuivre une activité physique. Les deux personnes bénévoles ont reçu la formation régionale pour animer le programme « Vie active ».

Au niveau de la vaccination, un nouveau vaccin contre le Virus du Papillome Humaine (VPH) a été ajouté à notre calendrier vaccinal. Il a été offert aux jeunes filles ayant moins de 18 ans, principalement au niveau du scolaire (4e année du primaire et secondaire III). Nous avons eu une couverture vaccinale à plus de 90% pour ce dernier. Pour l'ensemble de nos vaccins offerts en Petite Enfance et au scolaire, nous atteignons des taux allant au-delà de 80%.

### **Déficiences physique, intellectuelle et troubles envahissants du développement (TED)**

Un plan d'accès pour les personnes présentant une déficience a été élaboré par le MSSS et nous avons débuté l'appropriation et la mise en œuvre de ce plan dans le but de maintenir et améliorer les services. Nous avons choisi de travailler ce dossier en intersectorialité dans notre CSSS, ce qui a permis une réflexion sur la clientèle en attente de services et de viser à centraliser la trajectoire de services, à centraliser notre liste d'attente et à standardiser la priorisation des services.

#### **Déficiences physique**

Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC).

#### **Clientèle rejointe**

104

#### **Déficiences intellectuelle et TED**

Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)

70

Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)

45

Nombre de personnes ayant un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)

25

### **Sécurité civile**

Un plan local de sécurité civile est en élaboration afin de concerter et harmoniser nos actions lors d'interventions en sécurité civile. Ce plan permettra de réviser les plans de mesures d'urgence de chacun de nos établissements. Nous avons en cours d'année fait une étude de milieu de nos installations et de la vulnérabilité de notre territoire. Le suivi des recommandations est à actualiser. Pour l'année 2008-2009, deux événements ont nécessité l'intervention de l'équipe psychosociale ayant donné lieu à des rencontres de support avec les personnes touchées.

### **Enjeux 2009-2010**

- Mise en œuvre du plan d'action local en Santé publique;
- Révision du plan de lutte et élaboration de la mise en œuvre de nos actions concernant la pandémie de la grippe A (H1N1);
- Élaboration du plan local de sécurité civile et mise à jour des plans de mesures d'urgence pour chacune de nos installations;
- Maintien et développement des services visant la clientèle dans les secteurs Famille-Enfance-Jeunesse et Santé Mentale;
- Mise en place d'une entente dans le secteur santé mentale avec un organisme communautaire oeuvrant dans ce secteur pour du suivi dans le milieu.

#### **Jacinthe Demers**

*Directrice des programmes santé publique, famille, enfance, jeunesse, santé mentale et sécurité civile*



## DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET INFORMATIONNELLES

### Plan de main d'œuvre

Avec les nombreux départs à la retraite et la pénurie de personnel, un comité de plan de main-d'œuvre a été mis sur pied en collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Un poste d'agent d'accueil a été créé. Le mandat de cet agent est de rendre visible notre centre pour favoriser le recrutement.

### Ressources informationnelles

Un plan directeur informatique a été développé pour une durée de trois ans selon les règles et normes de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie et du ministère de la santé et des services sociaux. Il y a eu l'implantation du système de gestion Expresso de Logibec pour les ressources humaines et financières.

### Entente de gestion

Les cibles ont été respectées pour nos trois indicateurs.

	cible	ratio
Assurance salaire	6,54%	5,75%
Main-d'oeuvre indépendante	3,15%	1,98%
Heures supplémentaires	4,90%	3,69%

### Jacqueline Bourgoïn

*Directrice des ressources humaines et informationnelles*



## DIRECTION DES SERVICES FINANCIERS ET DU SOUTIEN TECHNIQUE

### Volet financier

Le budget d'exploitation pour l'exercice terminé le 31 mars 2009 démontre un léger surplus, c'est à dire l'équilibre budgétaire.

L'état financier contenu dans le présent rapport annuel a été préparé par la direction des services financiers et de soutien technique qui en assure la fiabilité, l'objectivité et l'intégralité durant toute l'année financière.

Ayant procédé à l'analyse des états financiers et des registres comptables, la firme Bourassa indique que l'établissement s'est conformé aux dispositions de la loi et des règlements sur la gestion financière des établissements.

### Volet services techniques

Dans le cadre de la gestion des services techniques pour l'année 2008-2009, des projets importants ont été mis de l'avant (notamment la rénovation de l'urgence et l'agrandissement de la radiologie afin d'installer un tomodensitomètre à l'Hôpital Barrie Memorial tout comme la rénovation du Centre de jour au Centre d'hébergement de Huntingdon) dans les établissements du CSSS afin de permettre à notre population d'obtenir un meilleur service et de maintenir un confort, une intimité et une sécurité autant pour la clientèle que pour les employés.

Le CSSS a fait l'acquisition du logiciel Pro Menu pour son secteur alimentation. Le premier volet sert à donner aux résidents les aliments qui leur sont destinés avec un moins grand risque d'erreur. Ce système facilite également la production de la nourriture et la commande des aliments.

### Priorités 2009-2010

La finalisation du projet de l'urgence ainsi que l'agrandissement de la radiologie est prévue pour décembre 2009. Il y a des travaux d'agrandissement des chambres pour la clientèle hébergée dans nos deux centres d'hébergement. En milieu de travail et de manière à se conformer à une exigence d'Agrément Canada, un programme d'entretien préventif pour tous les appareils et instruments médicaux, l'équipement et la technologie sera mis sur pied au cours de la prochaine année.

### Richard Tremblay

*Directeur des services financiers et techniques*



## BILAN DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES

La commissaire aux plaintes est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. Elle relève directement du conseil d'administration du CSSS et ce dernier doit s'assurer de l'absence de conflit d'intérêt la concernant, ce qui assure au processus de plaintes une objectivité, une impartialité garante de son bon fonctionnement et de l'objectif d'amélioration de qualité qu'elle vise.

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a enregistré 15 plaintes du 1er avril 2008 au 31 mars 2009, comparativement à 18 durant l'exercice précédent. Deux plaintes sont encore en traitement. Quatre plaintes ont été portées à l'attention du médecin examinateur. Du total, 9 plaintes ont fait l'objet de mesures identifiées, soit deux en CLSC, trois en centre d'hébergement et quatre, en centre hospitalier.

La commissaire peut recevoir des demandes d'assistance. Ces demandes proviennent d'usagers qui ont le sentiment d'avoir épuisé les ressources internes à leur disposition. Sans faire de plainte officielle, les usagers demandent de l'aide à la commissaire afin de régler une situation problématique. La commissaire a reçu 33 demandes d'assistance.

La commissaire a aussi le pouvoir d'intervenir sur toute situation de sa compétence afin d'améliorer la qualité des services qui sont rendus à la clientèle ou pour la protection des personnes vulnérables. Le nombre d'interventions s'élève à 10.

Les principaux objets de plaintes sont :

- les soins et les services dispensés (accessibilité, continuité, arrêt de services, évaluation et jugement professionnel);
- les relations interpersonnelles (respect de la personne, changement d'intervenant);
- les droits particuliers (participation de l'usager aux décisions affectant sa santé, consentement éclairé);
- l'organisation du milieu et les ressources matérielles (organisation spatiale, adaptation des lieux, sécurité).

Je tiens à remercier sincèrement les membres des comités des résidents, des usagers et de vigilance et toute l'équipe du CSSS du Haut-Saint-Laurent.

**Sophie Marchildon**  
*Commissaire locale aux plaintes  
et à la qualité des services*

## FONDACTIONS DU CSSS DU HAUT-SAINT LAURENT

### Fondation de l'Hôpital Barrie Memorial

La campagne de financement s'est poursuivie et tous les dons reçus aideront à défrayer les coûts des projets d'agrandissement de l'urgence et de l'acquisition d'un tomodensitomètre. La Fondation reconnaît les dons généreux et l'appui continu de la communauté.

### Fondation québécoise de l'Hôpital Barrie Memorial

La Fondation québécoise de l'Hôpital Barrie Memorial a permis encore, cette année, au CSSS de se moderniser en mettant à jour son équipement dans la mesure où elle contribue au financement des travaux de rénovation de la salle d'urgence et de l'acquisition d'un tomodensitomètre.

### Fondation du Centre d'hébergement du comté de Huntingdon

Dans le but d'améliorer la qualité de vie des gens hébergés à ce Centre, la Fondation a contribué au financement d'un solarium. L'activité annuelle (le tournoi de golf) sert à financer ce solarium.



## CONSEILS ET COMITÉS DU CSSS DU HAUT-SAINT-LAURENT

Il y a présentation dans cette section des faits saillants des principaux comités et conseils mis en place au CSSS du Haut-Saint-Laurent.

### **Comité des usagers**

Le comité a poursuivi diverses démarches pour mieux faire connaître les droits des usagers au moyen de dépliants et d'affiches.

### **Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens**

Les membres se sont rencontrés de façon régulière au cours de l'année avec un point dominant : le recrutement de médecins à l'urgence et le recours de médecins dépanneurs pour combler certains quarts de travail. L'étude des privilèges pour des médecins a été aussi à l'ordre du jour. Il y a eu également nomination d'un chef médical au service de l'urgence. Concernant le recrutement médical, le CSSS a participé à la journée carrière Québec organisée en octobre 2008 à Montréal pour rencontrer les médecins résidents finissants.

### **Conseil multidisciplinaire**

Depuis son assemblée générale annuelle du 24 septembre 2008, les règlements généraux ont été amendés. Un comité composé d'ergothérapeutes et de pairs a vu le jour et a contribué à l'amélioration de la qualité des services et de leur pratique. Suite à des démarches auprès des ressources humaines, les nouveaux employés seront désormais informés de l'existence du conseil multidisciplinaire, dès leur entrée en fonction, par un dépliant inséré dans leur pochette d'accueil. Une réflexion s'est amorcée pour déterminer la manière dont le conseil va contribuer au maintien des compétences de ses membres en vertu de l'article 231 de la LSSSS, en rapport avec le Plan des Ressources Humaines (PDRH). Des clarifications sur le programme incitatif à l'embauche et l'utilisation des allocations versées pour la formation des stagiaires ont fait l'objet de délibérations et de clarifications.

### **Conseil des infirmières et infirmiers**

Le Conseil des infirmières et infirmiers en 2008-2009 a vécu un ralentissement considérant l'absence d'une présidente. Toutefois, l'exécutif du CII a été interpellé pour les dossiers « qualité » dans le cadre de la visite d'Agrément Canada.

Au niveau de la mise en application de la nouvelle norme de pratique en soins infirmiers, soit le « Plan thérapeutique infirmier », le CII a favorisé une approche de formation en ligne pour assurer rapidement la mise à niveau des compétences des infirmières du CSSS du Haut-Saint-Laurent avec l'objectif d'une application pour avril 2009 tel que requis. À cet effet, le CSSS a toutefois favorisé une formatrice « multiplicatrice » dans chacune des installations en offrant la possibilité de recevoir la formation PTI avec les équipes de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. La formation sur la pandémie a été diffusée par une même approche.

De plus, dans l'esprit de développer une culture de sécurité, le CII reconnaît l'obligation de déclarer les incidents et/ou accidents. La gestion des risques est une dimension importante sur l'amélioration continue de la qualité. Le nouveau formulaire AH-223 est mis en application tel qu'exigé en avril 2008. Pour ce qui est des activités, le conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires et le conseil des infirmières et infirmiers travaillent en synergie.

### **Comité de gestion des risques et de la qualité**

#### **Agrément**

L'année 2008-2009 est une année importante, en matière de qualité et de gestion des risques. En effet, le CSSS du Haut-Saint-Laurent recevait l'équipe des visiteurs d'Agrément Canada du 30 mars au 3 avril 2008. L'agrément est une pierre angulaire des activités concernant l'amélioration continue de la qualité et la sécurité des patients. Aussi, cette visite a permis d'évaluer nos soins et services. Le programme Qmentum a permis de mettre une mesure pour orienter nos objectifs d'amélioration. Le 16 juin 2008, le CSSSHSL recevait un rapport pro-visoire. Le rapport contient la décision anticipée d'un agrément conditionnel nous recommandant de se concentrer sur certaines recommandations avec une mise en preuve des objectifs d'amélioration réalisés pour le 16 décembre 2008.

Les recommandations portaient sur :

- Mettre en place 10 Pratiques organisationnelles (POR) requises sur 26 POR exigées;
- Faire les plans d'amélioration en lien avec 103 critères à risques élevés sur 1630 critères exigés;
- Poursuivre les activités d'amélioration continue et l'élaboration des éléments de preuves.



Au niveau des huit dimensions de la qualité, le CSSS du Haut-Saint-Laurent a obtenu une moyenne de 91 % de conformité lors de son rapport provisoire. Les équipes ont travaillé très fort au plan d'amélioration continue afin d'améliorer les résultats finaux de notre évaluation. Conséquemment, en février 2009, nous avons amélioré de 3% les normes et critères touchant aux différentes dimensions de la qualité.

### Incidents/accidents dans nos installations

En 2008-2009, l'Hôpital Barrie Memorial comptait 147 incidents déclarés et 42 accidents, pour un total de 189 incident/accidents déclarés soit 45 incidents/accidents de plus que l'année 2007-2008, soit une augmentation de 23.8 %.

Les deux centres d'hébergement présentent un total de 302 incidents/accidents, soit une diminution de 16 incidents/accidents de moins. Le CLSC a déclaré 3 incidents/accidents, le centre de jour d'Ormstown 5 incidents/accidents et le service alimentaire, 8 incidents.

À l'analyse de 507 déclarations, nous avons eu 383 incidents (événements évitables n'ayant causé aucun préjudice à l'utilisateur). En matière de prévention, on doit revoir certains processus et mettre en place des mesures pour éviter les récurrences. Par ailleurs, nous avons compté 124 accidents avec des impacts plus ou moins graves chez les usagers.

Les mesures prises sont les suivantes :

- Mesures à renforcer dans une approche d'amélioration continue;
- Renforcement sur l'obligation de déclarer les incidents et les accidents;
- Renforcement sur l'importance de bien compléter le formulaire AH-223;
- Utilisation des indicateurs pour se donner des objectifs d'amélioration;
- Réalisation d'analyse prospective pour anticiper les risques;
- Renforcement de la formation en matière de gestion des risques pour une culture de sécurité;
- Application de la politique de divulgation;
- Implantation de mesures pour prévenir les erreurs de médicaments;

- Rappel à faire auprès des équipes de professionnels sur l'importance de déclarer les erreurs de médicaments dans un objectif de prévention;
- Information livrée aux équipes sur le processus de gestion des risques;
- Diffusion des tableaux de bord aux chefs de service pour qu'ils assurent un suivi avec leurs équipes de soins;
- Concernant la surveillance des infections, un suivi est fait de façon quotidienne et les pratiques de protection sont questionnées afin d'assurer des soins sécuritaires pour les usagers du CSSS.

### Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Laurent

### Haut-Saint-Laurent Health and Social Services Centre





## SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION 2008-2009

### Fiche de reddition de comptes

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009	Évaluation	Commentaires
<b>Cible 2010</b> Personnel du réseau et du Ministère					
5.96% Améliorer la gestion de la présence au travail					
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5.99%	6.54%	5.74%	▲	<i>Cible dépassée</i>
<b>Cible 2010</b> Prévention et contrôle des infections nosocomiales					
100% P.1 Nombre d'infirmières (ETP) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales					
100%	0.6 ETP	0.6 ETP	% atteint	—	
CH	0.35 ETP	0.35 ETP	0.99 ETP	—	
CHSLD	0.25 ETP	0.25 ETP	0.47 ETP	—	
100% P.2 L'établissement a un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel					
	100%	100%	100%	—	<i>Les comités de prévention sont fonctionnels</i>
100% P.3 L'établissement a un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales					
	100%	100%	100%	—	
100% P.4 L'établissement applique les lignes directrices en hygiène et salubrité					
	100%	100%	100%	—	
<b>Cible 2010</b> Services psychosociaux généraux					
Objectifs de résultats 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 maintenant l'intensité des services.					
433 usagers 1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)					
	352	420	323	▼	<i>Diminution de la demande de service</i>
2.72 inter/pers 1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)					
	2.80	2.72	3.06	▲	

- ▼ Diminution en comparaison à l'année dernière
- ▲ Augmentation en comparaison à l'année dernière
- Aucun changement significatif / statu quo



## Fiche de reddition de comptes

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009	Évaluation	Commentaires
<b>Cible 2010</b>	<b>Services dans le milieu de vie</b>				
Objectifs de résultats	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant la proportion de personnes en perte d'autonomie reliée au vieillissement desservie dans la communauté et en maintenant l'intensité des services				
Desservir 16% De la population 681 personnes	1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)				
	520	552	507	▼	<i>Modification de la collecte de données.</i>
24 inter/pers	1.3.2 Nombre moyen d'intervention en soutien à domicile reçu par les personnes en perte d'autonomie				
	23.65	24	24.47	▲	<i>Cible atteinte</i>
<b>Cible 2010</b>	<b>Services offerts aux personnes hébergées en milieu de vie substitut</b>				
Objectifs de résultats	Le nombre moyen d'heures travaillées par jour présence devrait correspondre aux besoins des personnes hébergées				
3 h/j/prés	1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD				
	3.35	3.47	3.38	▲	<i>Augmentation légère vers la cible</i>
0.23 h/j/prés	1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD				
	0.17	0.2	0.19	▲	<i>Augmentation légère vers la cible</i>
<b>Cible 2010</b>	<b>Déficience physique -Soutien à domicile offert aux personnes et à leur famille</b>				
Objectifs de résultats	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 maintenant l'intensité des services.				
16.8% des pers. 182 personnes	1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)				
	123	124	104	▼	<i>Clientèle plus alourdie (augmentation de la moyenne d'intervention à 1.4.2)</i>
21.47 inters/pers	1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC) par usager (DP)				
	25.93	21.91	39.30	▲	

- ▼ Diminution en comparaison à l'année dernière
- ▲ Augmentation en comparaison à l'année dernière
- Aucun changement significatif / statu quo



### Fiche de reddition de comptes

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009	Évaluation	Commentaires
<b>Cible 2010</b>	<b>Déficience physique - Soutien à domicile offert aux personnes et à leur famille</b>				
Objectifs de résultats	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.				
6.5 % des familles 38 familles	1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe				
	7	16	1	▼	<i>Profil des usagers a été révisé</i>

<b>Cible 2010</b>	<b>Déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED) Soutien à domicile offert aux personnes et à leur famille</b>				
Objectifs de résultats	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 maintenant l'intensité des services.				
34 personnes	1.5.11 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)				
	43	34	60	▲	<b>Cibles dépassées</b>
28 personnes DI (1.5.1)	33	28	45	▲	
6 personnes TED (1.5.4)	10	6	25	▲	
12 inters/pers	1.5.12 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC) par usager : déficience intellectuelle ou trouble envahissant du développement				
	15.74	11.52	14.38	▲	<b>Cibles dépassées</b>
13 inter/pers DI (1.5.2)	19	13	14.38	▲	
8 inter/pers TED (1.5.5)	3.4	4.6	4.15	▲	

<b>Cible 2010</b>	<b>Déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED) Soutien à domicile offert aux personnes et à leur famille</b>				
Objectifs de résultats	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.				
35 familles	1.5.13 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe.				
	32	32	40	▲	<b>Cibles atteintes</b>
27 usagers DI (1.5.3)	16	16	20	▲	
8 usagers TED (1.5.6)	16	16	20	▲	

- ▼ Diminution en comparaison à l'année dernière
- ▲ Augmentation en comparaison à l'année dernière
- Aucun changement significatif / statu quo



## Fiche de reddition de comptes

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009	Évaluation	Commentaires
-------------	------------------------	---------------------	------------------------	------------	--------------

<b>Cible 2010</b>	<b>Services de première ligne – jeunes et leur famille en difficulté</b>				
Objectifs de résultats	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				
487 familles	1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)				
	536	487	461	▼	<b>Moins d'usagers mais plus d'interventions</b>
7 inter/jeunes	1.6.2 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)				
	7.52	7	8.2	▲	

<b>Cible 2010</b>	<b>Services d'urgence – Santé mentale</b>				
Objectifs de résultats	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale				
12 heures	1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale				
	13.06	12	13	▲	<b>Amélioration en comparaison à l'année passée</b>
0%	1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale				
	3.67	1	2.5	▲	<b>Le pourcentage de plus de 48 heures n'est pas un bon indicateur à cause du faible nombre de la clientèle</b>

<b>Cible 2010</b>	<b>Services de première ligne – Santé mentale</b>				
Objectifs de résultats	Rejoindre la population âgée de moins de 18 ans et 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.				
505 usagers	1.8.9 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 <sup>re</sup> ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)				
	295	368	311	▲	<b>Amélioration</b>
Moins de 18 ans 100 usagers	1.8 C Nombre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 <sup>re</sup> ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)				
	52	107	60	▲	<b>Augmentation de 95% de la cible à atteindre</b>
Plus de 18 ans 405 usagers	1.8 D Nombre d'usagers de 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 <sup>re</sup> ligne en santé mentale dans les CSSS (mission CLSC)				
	243	261	251	▲	<b>Amélioration</b>

- ▼ Diminution en comparaison à l'année dernière
- ▲ Augmentation en comparaison à l'année dernière
- Aucun changement significatif / statu quo



## Fiche de reddition de comptes

Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009	Évaluation	Commentaires
<b>Cible 2010</b>	<b>Services d'urgence – Santé physique</b>				
Objectifs de résultats	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence :				
12 heures	1.9.1 Séjour moyen sur civière				
	11.13	12	12	▼	<b>Cible atteinte</b>
12 heures	1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus				
	14.93	13.05	17	▼	
0%	1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière				
	1.25	1.25	1.85	▼	<b>Augmentation expliquée par une augmentation inhabituelle des cas au cours de l'été dernier et de la fermeture de 10 lits au troisième</b>
0%	1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus				
	2.05	1	3.43	▼	<b>Voir explication de 1.9.3</b>
<b>Cible 2010</b>	<b>Soins palliatifs</b>				
Objectifs de résultats	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs à domicile et en maintenant une intensité des services				
96 personnes	1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile				
	73	79	40	▼	<b>Diminution de la demande</b>
16 inter/pers	1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile				
	22.58	16	21.94	▼	<b>Le nombre d'interventions est justifié par la condition de la personne</b>
<b>Cible 2010</b>	<b>Chirurgie- Volume de production pour certaines activités chirurgicales</b>				
Objectifs de résultats	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une chirurgie				
Augmentation	1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)				
	264	319	320	▲	<b>Cible atteinte</b>
Augmentation	1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)				
	56	136	67	▲	<b>Augmentation – arrivée d'un autre chirurgien</b>
<b>Cible 2010</b>	<b>Équilibre budgétaire</b>				
Objectifs de résultats	Assurer la dispense 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.				
Résultat d'exploitation		Équilibre	Équilibre	—	<b>L'équilibre budgétaire est atteint</b>

- ▼ Diminution en comparaison à l'année dernière
- ▲ Augmentation en comparaison à l'année dernière
- Aucun changement significatif / statu quo



# DONNÉES FINANCIÈRES

## RÉSULTATS - SOMMAIRE

	Exercice courant	Exercice précédent
	1	2
<b>ACTIVITÉS PRINCIPALES</b>		
<b>REVENUS</b>		
Agence et MSSS.....01	25,711,577	xxxx
Usagers.....02	2,506,461	xxxx
Ventes de services.....03	70,543	xxxx
Recouvrements.....04	97,500	xxxx
Donations (=P300,L30+L31,C2+P302,L18,C1).....05	1,633	xxxx
Subvention du Gouvernement fédéral.....06		xxxx
Autres revenus.....07	79,620	xxxx
Total (L.01 à L.07).....08	28,467,334	xxxx
.....09	xxxx	xxxx
.....10	xxxx	xxxx
.....11	xxxx	xxxx
<b>CHARGES</b>		
Salaires.....12	14,946,100	xxxx
Avantages sociaux.....13	3,827,955	xxxx
Charges sociales.....14	2,228,729	xxxx
Médicaments.....15	421,703	xxxx
Produits sanguins.....16	290,850	xxxx
Fournitures médicales et chirurgicales.....17	640,870	xxxx
Denrées alimentaires.....18	470,522	xxxx
Créances douteuses.....19	115,808	xxxx
Variation provision pour vacances, congés maladie, fériés, mobiles, rétention et quart stable de nuit.....20	183,326	xxxx
.....21	xxxx	xxxx
.....22	xxxx	xxxx
.....23	xxxx	xxxx
.....24	xxxx	xxxx
Autres charges:		
Intérêts sur emprunts.....25		xxxx
Entretien et réparations.....26	333,091	xxxx
Autres dépenses.....27	5,028,868	xxxx
TOTAL (L.12 à L.27).....28	28,487,822	xxxx
<b>EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS PRINCIPALES (L.08 - L.28).....29</b>		
	(20,488)	xxxx
=====		
À titre informatif seulement:		
<b>CONTRIBUTIONS PROVENANT OU AFFECTÉES À D'AUTRES FONDS:</b>		
En provenance de l'avoir propre et d'autres fonds.....30	18,632	xxxx
Affectés au fonds d'immobilisations - projets autofinancés.....31		xxxx
Affectés au fonds d'immobilisations - autres.....32		xxxx
<b>EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS PRINCIPALES APRÈS CONTRIBUTIONS PROVENANT OU AFFECTÉES À D'AUTRES FONDS (L.29+L.30-L.31-L.32).....33</b>		
	(1,856)	xxxx
=====		



RÉSULTATS - SOMMAIRE

ACTIVITÉS ACCESSOIRES	Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS		
Financement public et parapublic:		
Fonds de recherche en santé du Québec.....01		xxxx
Régie d'assurance maladie du Québec.....02		xxxx
Gouvernement fédéral.....03		xxxx
Autres.....04		xxxx
Revenus commerciaux.....05	211,538	xxxx
Revenus d'autres sources et revenus non répartis.....06		xxxx
TOTAL (L.01 à L.06).....07	211,538	xxxx
CHARGES		
Salaires.....08	40,895	xxxx
Avantages sociaux.....09	9,420	xxxx
Charges sociales.....10	6,180	xxxx
Variation provision pour vacances, congés maladie, fériés, mobiles, rétention et quart stable de nuit.....11		xxxx
Autres charges.....12	135,792	xxxx
TOTAL (L.08 à L.12).....13	192,287	xxxx
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS ACCESSOIRES (L.07 - L.13).....14	19,251	xxxx
À titre informatif seulement:		
Contributions provenant ou affectées à d'autres fonds:		
En provenance de l'avoir propre et d'autres fonds.....15		xxxx
Affectées au fonds de stationnement - contribution du c/a 0500.....16		xxxx
Affectées au fonds d'immobilisations.....17		xxxx
Affectées à d'autres fonds (préciser).....18		xxxx
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) des activités accessoires après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.14 + L.15 - L.16 - L.17 - L.18).....19	19,251	xxxx
FONDS D'EXPLOITATION - ACTIVITÉS PRINCIPALES ET ACCESSOIRES		
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DU FONDS D'EXPLOITATION.....20	(1,237)	xxxx
À titre informatif seulement:		
Fonds d'exploitation - activités principales et accessoires		
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) du fonds d'exploitation après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds.....21	17,395	xxxx



Aux membres du conseil d'administration du Centre de santé et des services sociaux du Haut Saint-Laurent.

Nous avons vérifié les états financiers, renseignements complémentaires, données et annexes énumérés à la table des matières du rapport financier annuel du CSSS du Haut Saint-Laurent de l'exercice terminé le 31 mars 2009, lequel a été présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux, en conformité avec l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. La responsabilité de ce rapport financier annuel incombe à la direction de l'établissement. Notre responsabilité consiste, en nous fondant sur notre vérification, à exprimer une opinion sur ce rapport financier annuel et les autres éléments décrits à l'annexe 1 du Règlement 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 de l'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 et 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;

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, à l'exception des éléments mentionnés à l'annexe 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 annuel sont valables;

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

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



Le rapport financier annuel donne, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de l'établissement au 31 mars 2009, 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 conformément aux normes et aux pratiques comptables reconnues dans les établissements relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le rapport financier annuel, qui n'a pas été établi, et qui n'avait pas à être établi, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, est fourni uniquement à titre d'information et pour être utilisé par les administrateurs de l'établissement ainsi que par le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Agence de la santé et des services sociaux 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 Pierre St-Jean, CA

Nom du  
Vérificateur Bourassa Boyer Inc. société de comptables agréés

Adresse 3323 Boul. de la Gare  
Vaudreuil-Dorion, Qc  
J7V 8W5

Téléphone (450) 424-7000

Télécopieur (450) 424-2398

  
Le vérificateur

Date: 28 mai 2009



## ANNEXE 1

### Informations sur la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux

**Identification de l'agence:** Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

**Nom de l'établissement:** Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Laurent

**Nom du répondant:** Chiasson      **Prénom:** Anne

**Titre du répondant:** Directrice des soins infirmiers, de la qualité des services, gestion des risques, agrément et PALV

#### 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: **Février 2007**

1.3. Nombre de membres: **13**

1.4. Membres:

NOMS	FONCTION
Mireille Benoît	Chef administration programme services généraux
Roger Benoît	Chef de service hygiène et salubrité
Diane Blanchard	Chef administration programmes PALV
Caroline Brooks	Chef clinico-administratif prog. Santé physique et services généraux
Louise Champagne	Infirmière en prévention des infections
Anne Chiasson	Directrice des soins infirmiers, de la qualité des services, gestion des risques et agrément
Johanne Chouinard	Membre du conseil d'administration
Guy Deschênes	Directeur général
Sophie Goneau	Pharmacienne
Isabelle Legault	Ergothérapeute
Dr Christiane Morin Blanchet	Directrice des affaires médicales
Antoine Pineault	Chef des laboratoires et imagerie médicale
Richard Tremblay	Directeur des services financiers et du soutien technique



1.5. Nombre de réunions tenues par le comité pour l'année budgétaire en cours: **3 sur 4**

1.6. Les problèmes que le comité priorisera l'an prochain:

- **Chutes en centre d'hébergement**
- **Gestion des erreurs de médicaments**
- **Révision du plan de désastre et exercice statutaire à faire**

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

- **Analyse prospective**
- **Déploiement de la procédure d'enquête et d'analyse des accidents à conséquences majeures des événements sentinelles.**
- **Révision du plan de désastre et exercice statutaire à faire**
- **Renforcement formation gestion des risques/divulgence des accidents dans une approche « culture de sécurité »**

## **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: **Janvier 2007**

2.3. Les règles de divulgation sont respectées:

Jamais  Quelques fois  La plupart du temps  Difficile à savoir

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

Jamais  Quelques fois  La plupart du temps  Difficile à savoir

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

Jamais  Quelques fois  La plupart du temps  Difficile à savoir

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



### 3. DÉCLARATION DE TOUT INCIDENT ET ACCIDENT ET CONSTITUTION D'UN REGISTRE LOCAL

---

3.1. Nombre d'incidents déclarés pour l'année budgétaire en cours: **507**

3.2. Nombre d'incidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse: **383**

20 %  40 %  60 %  80 %  100 %

3.3. Nombre d'incidents déclarés où des mesures ont été prises pour en prévenir la récurrence:

20 %  40 %  60 %  80 %  100 %  approximatif

3.4. Nombre d'accidents déclarés pour l'année budgétaire en cours: **124**

3.5. Nombre d'accidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse approfondie: **124**

20 %  40 %  60 %  80 %  100 %

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

20 %  40 %  60 %  80 %  100 %  approximatif

Pourcentage de divulgation des accidents déclarés: **75%**

3.7. Nombre d'accidents déclarés où il y a eu décès: **0**

3.8. Durée moyenne de jours additionnels d'hospitalisation (prolongation) consécutifs aux accidents déclarés:

**non disponible**

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

3.10. Si oui, date de sa mise en place: **Mars 2007**

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



#### 4. AGRÉMENT DES SERVICES DISPENSÉS

---

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

4.2. Si oui, nom de l'organisme sollicité: **Conseil canadien d'agrément en santé et services sociaux (CCASS)**

4.3. Si non, nom de l'organisme qui sera sollicité: **N/A**

4.4 Date à laquelle cet organisme a été sollicité: **Mars 2008**

4.5 Agrément obtenu: Oui  Non

4.6 Si oui, type d'agrément obtenu:

**Rapport conditionnel, avec suivi de mise en preuve pour février 2010 touchant 2 normes:**

- gestion des médicaments: critère 7.4
- laboratoire et les banques de sang: critères 7.4, 8.4, 12.9, 21.5, 22.2, 23.1 et 25.3

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

- au ministre: Oui  Non
- à l'agence: Oui  Non
- aux ordres professionnels concernés: Oui  Non



## ANNEXE 2

### Conseils et comités d'administration du CSSS du Haut-Saint-Laurent

AU 31 MARS 2009  
Membres des comités du  
CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX  
DU HAUT-SAINT-LAURENT

#### CONSEIL D'ADMINISTRATION

---

Bourdeau, Jean-Gilles	Population
Chouinard, Johanne	Para-clinique
D'Aoust, David	Représentant de l'Agence
Deschênes, Guy	Directeur général
Dupuis, François	Conseil multidisciplinaire
Greig, Madeleine	Population
Lachance-Legault, Louise	Cooptation
Lafrenière, Renée	Conseil médecins, dentistes et pharmaciens
Laliberté, Ilse	Personne morale
Leclerc, Marcel	Population
L'Heureux, Heather	Comité des usagers
Ouimet, Céline	Représentante de l'Agence
Pineault, Antoine	Conseil multidisciplinaire
Reddick, Milton	Population (Président)
Richard, Suzanne	Comité des usagers
Therrien, René	Fondation
Tremblay, Nicole	Cooptation
Vandor, Tom	Département régional de médecine générale
Villeneuve, Alain	Conseil des infirmières et infirmiers

#### CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

---

Dr Vandor, Tom	Président
Deschênes, Guy	Directeur général
Dr Aikin, Ken	
Dr Geukjian, S.K.	
Dr Lemieux, Raymond	
Dre Morin Blanchet, Christiane	

#### CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

---

François Dupuis	Président
Guy Deschênes	Directeur général
Danielle Brousseau	
Paulette Dagenais	
Isabelle Legault	
Marie-Christine Lemieux	



## **CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS**

---

Chiasson, Anne  
Paquin, Thérèse  
Nathalie Houle  
Viau, Martine

Présidente

## **COMITÉ ADMINISTRATIF DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**

---

Reddick, Milton  
Deschênes, Guy  
Leclerc, Marcel  
L'Heureux, Heather  
Ouimet, Céline

Président  
Directeur général et secrétaire  
Vice-président  
Trésorière  
Membre du conseil d'administration

## **COMITÉ DE VÉRIFICATION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION**

---

L'Heureux, Heather  
Lachance-Legault, Louise  
Deschênes, Guy  
Reddick, Milton  
Therrien, René

Présidente du comité  
Directeur général et secrétaire  
Président du conseil d'administration

## **COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ**

---

Deschênes, Guy  
Marchildon, Sophie  
Ouimet, Céline  
D'Aoust, David  
Richard, Suzanne

Directeur général et secrétaire  
Commissaire aux plaintes  
Présidente  
Représentant du conseil d'administration  
Représentante du comité des usagers



## COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

---

Mireille Benoît	Chef administration programme services généraux
Roger Benoît	Chef de service hygiène et salubrité
Diane Blanchard	Chef administration programmes PALV
Caroline Brooks	Chef clinico-administratif Santé physique et services généraux
Louise Champagne	Infirmière en prévention des infections
Anne Chiasson	Directrice des soins infirmiers, de la qualité des services, gestion des risques et agrément
Johanne Chouinard	Membre du conseil d'administration
Guy Deschênes	Directeur général
Sophie Goneau	Pharmacienne
Isabelle Legault	Ergothérapeute
Dr Christiane Morin	Directrice des affaires médicales
Antoine Pineault	Chef des laboratoires et imagerie médicale
Richard Tremblay	Directeur des services financiers et du soutien technique

## COMITÉ DES USAGERS

---

Penny Anderson	
Jean-Gilles Bourdeau	
Donald Davidson	
Madeleine Himbeault Greig	Secrétaire
Ginette Hope	
Heather l'Heureux	Présidente
André Lanson	Vice-président
Marcel Leclerc	
Suzanne Richard	Trésorière

## COMITÉ D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

---

Ilse Laliberté  
Nicole Tremblay  
Alain Villeneuve



## ANNEXE 3

# Code d'éthique et de déontologie

## Des administrateurs

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU HAUT-SAINT-LAURENT  
(Règlement n° 1 de 2005)

### 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 du Haut-Saint-Laurent s'engagent à respecter les orientations suivantes dans le processus de décision 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 du Haut-Saint-Laurent.

### 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 du Haut-Saint-Laurent 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.



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 du Haut-Saint-Laurent 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 (incluant le directeur général) du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Laurent
  - 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 du Haut-Saint-Laurent ;
  - 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 du Haut-Saint-Laurent.



### **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 et le directeur général doivent éviter de manifester publiquement leurs allégeances politiques partisans.
16. Le président du conseil d'administration et le directeur général qui ont l'intention de présenter leur candidature à une charge publique élective doivent 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 et le directeur général qui veulent se porter candidat à une charge publique élective doivent se démettre de leurs 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 18 ou à l'article 19, a le droit de reprendre ses fonctions au plus tard le 30e 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 30e 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.

## Discrétion

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 confi-dentielles 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 l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie (ADRLSSSM) 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 agence de développement 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 l'Agence de développement 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 affaires 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.