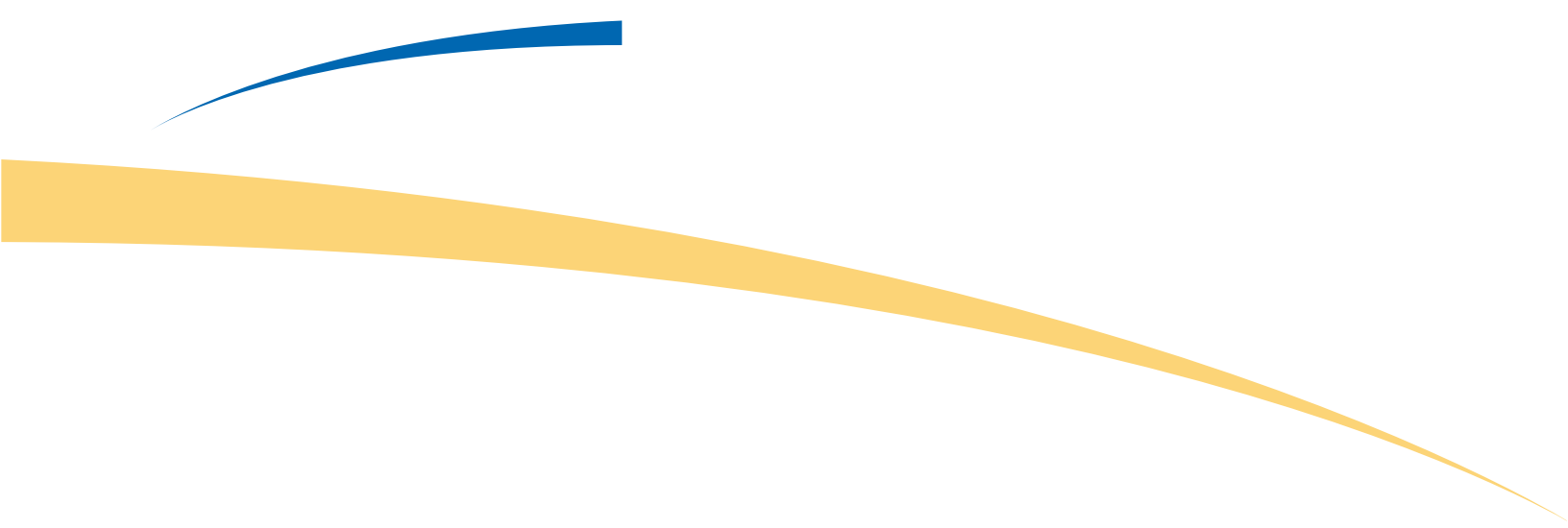


Centre de santé et de services sociaux
du Haut-Saint-Laurent

Haut-Saint-Laurent Health
and Social Services Centre



RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2010-2011



Pour une **meilleure**
qualité de vie

www.santemonteregie.qc.ca/haut-saint-laurent

Crédits

Le rapport annuel de gestion 2010-2011
est une production du Centre de santé
et de services sociaux du Haut-Saint-Laurent

28, rue Gale
Ormstown (Québec) J0S 1K0
450 829-2321
www.santemonteregie.qc.ca/haut-saint-laurent

Note:

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

Le rapport annuel a été publié en quantité limitée et est disponible seulement en version électronique à l'adresse
www.santemonteregie.qc.ca/haut-saint-laurent à la section documentation.

Pour une **meilleure** qualité de vie

TABLE DES MATIÈRES

Mot du président du conseil d'administration et de la directrice générale.	02
Déclaration de fiabilité des données.	03
Un bref portrait de l'établissement et organigramme.	03
Orientations stratégiques, mission et principes directeurs.	05
Un bref portrait de la population.	06
Faits saillants de l'établissement (programmes et services).	07
Direction des affaires médicales.	07
Direction des programmes de santé physique, services généraux et archives.	07
Direction des soins infirmiers, qualité des services, gestion des risques et agrément.	10
Direction des programmes personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et déficience physique.	12
Direction des programmes de santé publique, famille, enfance, jeunesse, santé mentale et sécurité civile.	13
Direction des ressources humaines et informationnelles.	15
Direction des services financiers et du soutien technique.	16
Principaux objectifs 2011-2012 du CSSS du Haut-Saint-Laurent.	17
Bilan du commissaire aux plaintes et à la qualité des services.	17
Fondations du CSSS du Haut-Saint-Laurent.	18
Conseils et comités du CSSS du Haut-Saint-Laurent.	18
Suivi de l'entente de gestion.	20
Données financières.	25
Annexe 1 Informations sur la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux.	28
Annexe 2 Conseils et comités d'administration du CSSS du Haut-Saint-Laurent.	32
Annexe 3 Code d'éthique du conseil d'administration du CSSS du Haut-Saint-Laurent.	34

Pour une **meilleure** qualité de vie

MOT DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

Conformément aux dispositions de la Loi sur la santé et les services sociaux, vous avez entre les mains le rapport annuel de gestion pour l'année 2010-2011 présentant les points essentiels en termes de défis et de réalisations de notre organisation pour toute l'année financière précitée.

Inauguration des nouveaux atouts de l'Hôpital Barrie Memorial par le ministre Bolduc

Nous avons été heureux et honorés que le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, monsieur Yves Bolduc, et le député de Huntingdon, monsieur Stéphane Billette, viennent inaugurer officiellement le 26 avril 2010 à l'Hôpital Barrie Memorial la nouvelle salle d'urgence et le nouveau département d'imagerie médicale avec l'installation d'un tomodensitomètre. Il s'agit d'une étape importante car on vient ici assurer de façon tangible le développement et la pérennité de cet hôpital mais surtout permettre pour la population un service de qualité et à la fine pointe de la technologie.

Recrutement médical

Afin de trouver des solutions définitives au problème aigu de pénurie de médecins auquel notre CSSS doit faire face quotidiennement, une demande de rémunération différenciée a été demandée au ministère de la Santé et des Services sociaux à l'automne 2010 puisque l'accès aux services médicaux pour les résidents du Haut-Saint-Laurent demeure et demeurera la priorité absolue de l'organisation. Il est à souligner que, pour la première fois, nous avons dû diminuer les services à l'urgence de l'Hôpital Barrie Memorial faute de médecins disponibles les 17 et 18 novembre dernier durant quelques heures. Des efforts intensifs de recrutement ont été accomplis pour remédier à la situation.

Équilibre budgétaire

Avec l'effort concerté de tous, l'année financière se terminant le 31 mars 2011 s'est soldée par l'équilibre budgétaire.

Un nouveau guide santé pour notre population

Afin de faire connaître son offre de service élargie et de toujours offrir un meilleur service à la population, 10 000 copies de notre nouveau guide santé ont été distribuées l'automne dernier à tous les foyers du territoire du Haut-Saint-Laurent.

Défis pour 2011-2012

En lien avec le processus d'accréditation d'Agrément Canada en cours au 31 mars 2011, il sera impératif de mettre de l'avant les recommandations émises dans un objectif d'amélioration continue de la qualité.

Au cours de l'exercice 2011-2012, l'établissement s'engagera dans une démarche de planification stratégique. Nous visons ainsi à doter l'établissement d'une vision pour les trois prochaines années.

Finalement, la question du recrutement médical sera encore un sujet chaud en regard de notre CSSS pour remédier à ce problème chronique.

Remerciements

Avant que vous parcouriez le présent rapport annuel, nous voulons prendre quelques lignes afin de remercier tout particulièrement le personnel de notre CSSS qui s'assure d'offrir des services de qualité à notre population. Nous voulons mettre en lumière également le soutien indéfectible des personnes qui nous soutiennent au quotidien, que ce soit les membres du conseil d'administration du CSSS, les membres des fondations et des comités, les partenaires et les bénévoles.

Milton Reddick
Président du conseil d'administration

Sophie Doucet
Directrice générale

Pour une **meilleure** qualité de vie

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le rapport annuel de gestion 2010-2011 du CSSS du Haut-Saint-Laurent, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2011.

La directrice générale,



Sophie Doucet

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

Haut-Saint-Laurent Health
and Social Services Centre

UN BREF PORTRAIT DE L'ÉTABLISSEMENT

Le Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Laurent est situé au sud-ouest de la Montérégie, à 45 minutes de Montréal, et comprend quatre installations et un point de service.

Installations

UN NUMÉRO UNIQUE: 450-829-2321

CSSS du Haut-Saint-Laurent (siège social)

28, rue Gale, Ormstown
Québec, J0S 1K0



Hôpital Barrie Memorial

28, rue Gale, Ormstown
Québec, J0S 1K0



Centre d'hébergement d'Ormstown

65, rue Hector, Ormstown
Québec, J0S 1K0



Centre d'hébergement de Huntingdon

198, rue Châteauguay, Huntingdon
Québec, J0S 1H0



CLSC Huntingdon

10, rue King, suite 200, Huntingdon
Québec, J0S 1H0



CLSC Huntingdon Point de service

21, rang St-Anne, St-Chrysostome
Québec, J0S 1R0



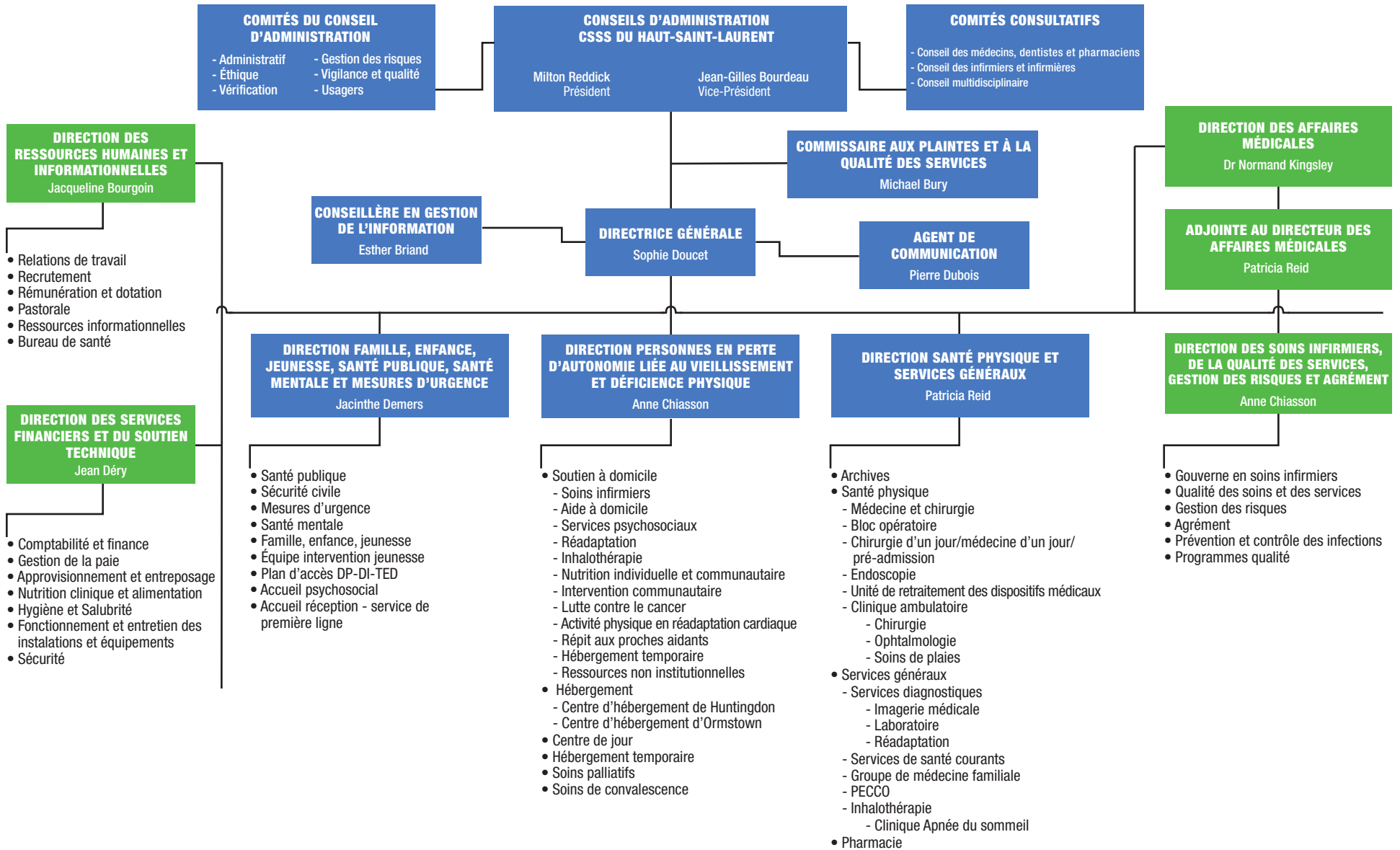
Nombre d'employés

503

Nombre de lits

Courte durée	49
Longue durée	125
Hébergement temporaire	9

ORGANIGRAMME



Pour une **meilleure** qualité de vie

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES 2012-2015

Lors de la dernière année, le CSSS a consolidé ses acquis et l'ensemble de ses services en s'assurant d'une amélioration continue de services de qualité et sécuritaire. Au 31 mars 2011, l'organisation a finalisé les enjeux soulevés lors de l'exercice de planification stratégique 2007-2010. Au cours de 2011, l'établissement verra à préparer les nouvelles orientations pour les quelques années à venir.



MISSION ET PRINCIPES DIRECTEURS

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'accent 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 social;
- **Des services efficaces et sécuritaires** en utilisant de façon optimale ses propres ressources humaines, physiques et financières;
- **Des services adaptés à la population** par notre connaissance du territoire.

UN BREF PORTRAIT DE LA POPULATION

Territoires desservis

Les treize municipalités de la MRC du Haut Saint-Laurent desservies sont:

Dundee,	Huntingdon,
Elgin,	Ormstown,
Franklin,	Saint-Anicet,
Godmanchester,	Saint-Chrysostome,
Havelock,	Sainte-Barbe,
Hinchinbrooke,	Très-Saint-Sacrement
Howick,	

*Akwasasne est aussi desservi par le CSSS

Conditions démographiques

Selon les données démographiques de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), le réseau local de services (RLS) du Haut-Saint-Laurent compte environ 25 000 personnes en 2010, dont plus de 3100 à Akwasasne. Sur 11 territoires, il s'agit du 11^e en importance en Montérégie quant à la taille de sa population (1,7 %), du 5^e territoire quant à sa superficie et du 11^e territoire quant à sa densité de population. La population du RLS devrait s'accroître de 6,6 % entre 2010 et 2031, soit une augmentation très inférieure à celle de la Montérégie (16,3 %).

Le RLS du Haut-Saint-Laurent se caractérise par une population légèrement plus âgée que celle de la Montérégie et n'échappera pas au vieillissement de sa population. Entre 2010 et 2031, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus passera de 16 à 28 %. Néanmoins, le vieillissement de la population se produit à un rythme légèrement moins rapide sur le territoire du Haut-Saint-Laurent qu'en Montérégie.

Conditions socioéconomiques et culturelles

Dans l'ensemble, notre RLS présente un profil socioéconomique moins avantageux que celui de la région. En comparaison de la Montérégie, le RLS compte proportionnellement légèrement plus de personnes vivant sous le seuil de faible revenu et plus d'adultes prestataires des programmes d'assistance sociale.

Le Haut-Saint-Laurent est le RLS de la Montérégie où la proportion de personnes d'expression anglaise est la plus élevée. Selon le recensement de 2006, leur nombre s'élève à près de 6600 personnes, soit près de 5 % de la population d'expression anglaise de la Montérégie.

Espérance de vie

En 2003-2007, l'espérance de vie à la naissance des personnes qui résident sur le territoire du Haut-Saint-Laurent s'élève à 77,8 ans. Les femmes et les hommes du RLS ont une espérance de vie à la naissance significativement moins longue que ceux du Québec; en 2003-2007, l'écart se chiffre à 1,9 ans pour les femmes (80,8 c. 82,7 ans) et 2,5 ans pour les hommes (75,2 c. 77,7 ans).

Santé physique

Les tumeurs

En 2004-2007, 30 % des décès enregistrés dans le RLS du Haut-Saint-Laurent sont attribuables aux tumeurs. Avec une moyenne de 68 décès par année, les tumeurs figurent au premier rang des causes de décès. Depuis une vingtaine d'années, le nombre de nouveaux cas de cancer est à la hausse, en raison notamment de l'accroissement démographique et du vieillissement de la population. On compte en moyenne 188 hospitalisations par année pour cause de tumeurs, ce qui représente près de 12 % de l'ensemble des hospitalisations de 2006-2009 en soins physiques de courte durée.

Les maladies de l'appareil circulatoire

La mortalité attribuable aux maladies de l'appareil circulatoire a grandement diminué au cours des dernières décennies. La mortalité régresse chez les hommes et les femmes, mais les hommes continuent de présenter des taux de mortalité supérieurs à ceux des femmes. Depuis 1995-1999, le RLS affiche un taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire significativement supérieur à celui du Québec. En 2006-2009, 23 % des hospitalisations de la population du RLS en soins physiques de courte durée - soit en moyenne 365 hospitalisations par année - sont attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire. Elles sont non seulement l'une des principales causes de décès mais également d'hospitalisations. Pour cette même période, le taux d'hospitalisations pour maladies de l'appareil circulatoire est significativement plus élevé dans le RLS qu'au Québec.

Maladies de l'appareil respiratoire

Selon les dernières données disponibles, les maladies de l'appareil respiratoire sont responsables de 7 % des décès et 8 % des hospitalisations de la population du RLS. Ce dernier affiche un taux d'hospitalisation significativement inférieur à celui du Québec.

Pour une **meilleure** qualité de vie

Diabète

En 2006-2007, 1 746 personnes de 20 ans et plus étaient atteintes de diabète, soit 7,9 % de la population de ce groupe d'âge. Cette proportion est significativement plus élevée que celle du Québec. Le vieillissement de la population et la diminution de la mortalité chez les personnes diabétiques contribuent à l'augmentation de la prévalence du diabète. Cette maladie entraîne de lourdes conséquences sur la santé (problème cardiaque, insuffisance rénale, cécité, amputation, etc.) et les adultes qui en souffrent en meurent souvent prématurément.

Quelques facteurs de risque

En 2009, les adultes du RLS du Haut-Saint-Laurent vivant en ménage privé présentent les facteurs de risque suivants:

- Environ 55 % des adultes consomment moins de cinq portions de fruits et légumes par jour. Cette proportion est statistiquement plus élevée que celle de la Montérégie;
- Environ 40 % des adultes pratiquent une activité physique de loisir moins d'une fois par semaine;
- Environ 29 % des adultes fument à tous les jours ou à l'occasion. Cette proportion est statistiquement plus élevée que celle de la Montérégie;
- Environ 57 % des adultes présentent un surplus de poids, soit 40 % de l'embonpoint et 18 % de l'obésité;
- Le nombre annuel moyen de suicides s'élève à cinq personnes sur le territoire du Haut-Saint-Laurent. Le taux de mortalité par suicide est cinq fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes;
- En 2009-2010, le Centre jeunesse de la Montérégie a reçu 217 signalements concernant les enfants du RLS, soit une augmentation de 28 % par rapport à 1999-2000. Les abus physiques et sexuels et la négligence constituent les deux principaux motifs de signalements retenus.

FAITS SAILLANTS DE L'ÉTABLISSEMENT PROGRAMMES ET SERVICES

Cette section met l'accent sur les principaux faits marquants des directions composant le CSSS du Haut-Saint-Laurent.

DIRECTION DES AFFAIRES MÉDICALES

La direction des affaires médicale est responsable de l'ensemble des activités médicales du CSSS du Haut-Saint-Laurent.

Objectif:

recruter des médecins pour assurer une accessibilité aux services médicaux généraux et spécialisés pour notre population.

Faits saillants:

- recrutement de nouveaux médecins généralistes débutant leur pratique à compter de juillet 2011;
- demande d'une rémunération différenciée au ministère de la Santé et des Services sociaux pour les médecins pratiquant sur le territoire du Haut-Saint-Laurent;
- participation à la Journée carrière des médecins résidents d'octobre 2010;
- continuité des travaux pour l'implantation d'un GMF à Ormstown;
- optimisation de la prise en charge de la clientèle sans médecin de famille.

Dr Normand Kingsley

Directeur des affaires médicales

DIRECTION DES PROGRAMMES DE SANTÉ PHYSIQUE, SERVICES GÉNÉRAUX ET ARCHIVES

DIRECTION DES PROGRAMMES DE SANTÉ PHYSIQUE

Cette direction est responsable des services destinés aux personnes nécessitant des services médicaux. Elle regroupe un ensemble de services cliniques à l'Hôpital Barrie Memorial, comprenant notamment l'urgence, le bloc opératoire, l'hospitalisation et diverses cliniques telles l'ophtalmologie et les soins de plaie.

Pour une **meilleure** qualité de vie

Objectif:

assurer des services de qualité et sécuritaire sans délai d'attente.

Service de l'urgence

Visite à l'urgence

2009-2010 : 16 779

2010-2011 : 17 204

Faits saillants:

- suivi très étroit des séjours de 48 heures et plus;
- réorganisation du fonctionnement du triage selon l'échelle de triage et de gravité (ETG);
- mise en place d'un processus sur la prévention du suicide en collaboration avec le service de santé mentale;
- implantation d'un cabinet automatisé distributeur pour assurer une meilleure gestion des médicaments;
- mise en place d'un poste d'inhalothérapeute afin d'appuyer l'équipe médicale et soins infirmiers.

Des statistiques:

Indicateurs	Années	Moyenne annuelle	Cible
Séjour moyen de patients sur civière (en heures).	09-10 10-11	14,0 19,1	12 11
Séjour moyen de patients de 75 ans et plus sur civière (en heures).	09-10 10-11	17,7 23,1	12 11
Pourcentage de patients sur civière (plus de 48h).	09-10 10-11	1,7 3,9	0 0
Pourcentage de patients sur civière (plus de 48h chez les 75 ans et plus).	09-10 10-11	2,7 5,1	0 0
Durée moyenne de séjour des patients sur civière Santé mentale (en heures).	09-10 10-11	13,2 18,9	12 11
Pourcentage de patients sur civière Santé mentale (plus de 48h).	09-10 10-11	1,2 1,9	0 0

Endoscopie

Faits saillants:

- réduction du délai d'attente à six mois maximum;
- augmentation du nombre d'endoscopies effectuées.

Des statistiques:

Nombre d'endoscopies effectuées

2009-2010 : 1086

2010-2011 : 1194

Bloc opératoire

Faits saillants:

- aucune liste d'attente en chirurgie;
- réorganisation des processus opérationnels et mise à jour de ceux-ci;
- mise en place d'un poste d'inhalothérapeute;
- approche d'optimisation quant à l'utilisation du bloc opératoire.

Des statistiques:

Intervention	09-10	10-11	Cible	Écart
Chirurgie avec hospitalisation	137	111	136	-25
Chirurgie d'un jour	283	236	319	-83

Médecine et chirurgie

Faits saillants:

- augmentation du nombre de personnes admises;
- implantation des unidoses de médicaments en hospitalisation;
- augmentation des patients en attente de placement.

Des statistiques:

La durée moyenne de séjour des patients hospitalisés

2009-2010 : 11,5

2010-2011 : 12,8 (52 usagers en attente d'hébergement)

Clinique de soins de plaies

Fait saillant:

- formation continue quant aux nouvelles formes de traitement et des nouvelles techniques afin d'assurer une meilleure qualité de services à la clientèle.

Des statistiques

Nombre d'usagers

2009-2010 : 649 usagers qui ont été suivis

2010-2011 : 439 usagers qui ont été suivis

Pour une **meilleure** qualité de vie

Clinique d'ophtalmologie

Fait saillant:

- aucune liste d'attente avec le maintien de l'offre de service actuelle à la clientèle.

Des statistiques

Nombre d'usagers

2009-2010 : 1023

2010-2011 : 882

DIRECTION DES SERVICES GÉNÉRAUX

La direction des services généraux offre un large éventail de services, tels que des cliniques de soins infirmiers ambulatoire au CLSC avec ou sans rendez-vous pour la prise de tension artérielle, les soins de plaies, la contraception, la thérapie intraveineuse, le diabète, les prélèvements sanguins, le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang, etc. D'autres services sont regroupés sous cette direction comme les services diagnostiques, la réadaptation, l'inhalothérapie et le GMF de Huntingdon. Il y a eu intégration au sein de cette direction cette année du Guichet d'accès pour la prise en charge de la clientèle orpheline (PECCO).

Objectif:

Assurer une prestation de services de qualité et sécuritaire afin de répondre de façon optimale aux divers besoins de la clientèle ambulatoire.

Services de santé courants et groupe de médecine familiale (GMF)

Faits saillants:

- intégration harmonieuse des centres d'activités du service de santé courant et le groupe de médecine familiale (GMF);
- mise en place d'une uniformité des pratiques et d'une meilleure couverture des services;
- implantation d'une clinique de vaccination santé voyage un jour par semaine depuis l'automne 2010 en collaboration avec le CSSS de Suroît.

Des statistiques:

	2009-2010	2010-2011
Nombre d'usagers différents:	1636	1644
Nombre d'interventions:	6663	6157
Nombre de prélèvements sanguins:	7425	7565

Guichet PECCO

(prise en charge de la clientèle orpheline)

Faits saillants:

- guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille PECCO depuis l'automne 2010;
- embauche d'une infirmière clinicienne;
- mise à jour effectuée de la clientèle sur la liste.

Des statistiques:

Pourcentage de prise en charge:

2009-2010 : 52 usagers pris en charge et 73% qui ont été pris en charge de la « Priorité 1 »

2010-2011 : 162 usagers pris en charge et 61% qui ont été pris en charge de la « Priorité 1 »

Services d'inhalothérapie

Faits saillants:

- standardisation et mise à jour du matériel et des pratiques concernant les soins respiratoires pour tous les secteurs des services généraux et de santé physique;
- visite de l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec au CSSS.

Des statistiques:

Nombre d'interventions

2009-2010 : 1473

2010-2011 : 1974

Service de réadaptation

Faits saillants:

- maintien du service offert malgré la pénurie accrue de physiothérapeutes;
- création d'un programme de rééducation périnéale et pelvienne.

Des statistiques:

Heures de prestation des services	2009-2010	2010-2011
Secteur physiothérapie:	6630	9113
Secteur ergothérapie:	2998	2851

Pour une **meilleure** qualité de vie

Services diagnostiques

Faits saillants:

- augmentation significative de la consommation des services par la population;
- développement du service d'endoscopie virtuelle;
- rehaussement des équipements de la salle de graphie;
- visite d'inspection de l'Ordre professionnel des technologues médicaux du Québec en février 2011;
- augmentation significative au niveau des prélèvements.

Des statistiques:

Laboratoire

	2009-2010	2010-2011
Procédures:	357 348	438 815
Valeur pondérée:	643 447	956 463.3
Prélèvements:	21 656	27 025 (HBM et CLSC)
Électrophysiologie:	71 160	76 668

Imagerie médicale

		2009-2010	2010-2011
Radiologie générale	Procédures	13 972	13 462
	Valeur pondérée	163 430	155 581
Ultrasonographie	Procédures	3 067	2 989
	Valeur pondérée	84 015	80 955
Tomodensitométrie	Procédures	135	2 109
	Valeur pondérée	3 026	46 896

Clinique de diabète

Faits saillants :

- développement de nouveaux outils de travail afin que les patients acquièrent les connaissances utiles à la prise en charge du diabète;
- instauration de sessions d'information au nombre de dix sessions en français et de trois sessions en anglais.

Des statistiques:

Nombre d'utilisateurs 2009-2010 : 167

Nombre de sessions offertes 2009-2010: 14

Nombre d'utilisateurs 2010-2011 : 134

Nombre de sessions offertes 2010-2011: 13

SERVICE DES ARCHIVES

Le Service des archives médicales est responsable d'assurer la conservation des dossiers médicaux et psychosociaux et leur accessibilité conformément aux lois en vigueur.

Objectif:

centraliser la gestion du Service des archives du CSSS sous la responsabilité d'un seul gestionnaire.

Fait saillant:

- déploiement de la dictée numérisée (fine pointe de la technologie).

Des statistiques

Ouverture de nouveaux dossiers

2009-2010 : 2455

2010-2011 : 2602

Des remerciements sincères sont adressés à la communauté en regard de leur soutien financier afin de faire en sorte que les équipements de l'hôpital demeurent à la fine pointe.

Patricia Reid

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

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

La direction des soins infirmiers du CSSS du Haut-Saint-Laurent est responsable de tout le volet relié à la qualité des services, comprenant la gestion des risques et l'agrément. Cette direction a un «rôle conseil» pour l'ensemble du CSSS. Elle a pour mandat de surveiller et de contrôler la qualité des soins, d'encadrer les pratiques professionnelles et de veiller au développement des compétences.

Gouverne en soins infirmiers

Objectifs:

assurer la standardisation et l'harmonisation des pratiques au sein du CSSS de façon sécuritaire et de qualité tout comme réviser les programmes cliniques.

Pour une **meilleure** qualité de vie

Faits saillants:

- évaluation et révision des programmes cliniques portant sur l'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins et services, prévention des chutes et blessures, prévention et traitement des plaies de pression et prévention et contrôle des infections nosocomiales;
- mise sur pied du comité local et conjoint d'éthique clinique;
- élaboration et révision des politiques et procédures portant sur la gestion des risques, la gestion intégrée de la qualité et sur la prévention et contrôle des infections;
- centralisation de la coordination des stages sous la responsabilité de la conseillère en soins spécialisés;
- élaboration d'ordonnances collectives et protocoles infirmiers.

Gestion des risques

Faits saillants:

- révision du programme intégré de la qualité et gestion des risques;
- renforcement d'une approche proactive de gestion des risques par des rencontres avec les équipes de gestionnaires;
- rédaction, révision et diffusion de plusieurs politiques et procédures reliées à la gestion des risques, la qualité et la sécurité;
- gestion et suivi des rapports d'incidents et d'accidents pour l'ensemble des programmes.

Prévention et contrôle des infections

Faits saillants:

- renforcement sur l'importance de procéder à l'hygiène des mains par de la formation, affiches et communiqués;
- rédaction, révision et diffusion de politiques et procédures reliées à la prévention et au contrôle des infections.

Infections nosocomiales en centre hospitalier

SARM: 39
ERV: 0
C.difficile: 6

Éclosion de gastro-entérite d'allure virale

Hôpital Barrie Memorial: 15 cas
Centre d'hébergement Huntingdon: 10 cas
Centre d'hébergement Ormstown: 0

Programme « qualité »

Faits saillants:

- révision du programme intégré de la qualité et des risques;
- rédaction, révision et diffusion de politiques et procédures reliées à la gestion intégrée de la qualité;
- conception, en collaboration avec l'équipe du laboratoire, du programme qualité et sécurité au laboratoire de biologie médicale.

Programme d'Agrément

Faits saillants:

- coordination et suivi des recommandations d'Agrément Canada de la visite de mars 2008 afin de conserver le statut d'agrément en août 2010 (actualisation des plans d'action);
- coordination et préparation de la visite d'Agrément Canada d'avril 2011;
- soutien auprès de toutes les équipes pour les aider tout au long de la démarche d'agrément;
- organisation et supervision des sept sondages qualité exigées par Agrément Canada et le Conseil Québécois d'agrément;
- implantation des pratiques organisationnelles requises et conception d'une affiche distribuée à l'ensemble du CSSS;
- conception des cartables de politiques et procédures et distribution à l'ensemble des directions et services du CSSS.

SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

Un sondage de satisfaction a été effectué au moyen d'un questionnaire téléphonique pour les clientèles ayant reçu des soins et services à l'hôpital et au CLSC. De plus, pour les programmes d'hébergement, un sondage de satisfaction a été effectué par entrevue auprès des résidents et de leurs familles.

Résultat global pour les indicateurs pour l'ensemble des programmes soins actifs

Indicateurs	CSSSHSL	CSSS Comparables
Relation avec le client	88,77	89,37
Prestation professionnelle	85,63	86,38
Organisation des services	82,58	83,38

Pour une **meilleure** qualité de vie

Résultat de satisfaction des programmes d'hébergement

Indicateurs	CSSSHSL	CSSS Comparables
Relation avec le client	83,20	82,11
Prestation professionnelle	83,84	82,00
Organisation des services	81,33	81,74

Anne Chiasson

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

DIRECTION DES PROGRAMMES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT ET DÉFICIENCE PHYSIQUE

Que ce soit à domicile, en résidence privée, en centre d'hébergement ou au centre de jour, cette direction intervient autant auprès des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement ou celle vivant avec une déficience physique que les clientèles présentant un profil de soins de santé de courte durée comme du soutien à domicile ou des soins palliatifs.

Objectif:

réviser et intégrer les nouvelles pratiques organisationnelles requises d'Agrément Canada afin de maintenir et renforcer la qualité et la sécurité des soins et services pour un milieu de vie adapté à nos résidents.

Mission CHSLD

Faits saillants:

- continuité du dossier fidélisation pour le maintien de la qualité des soins et services auprès de nos résidents;
- maintien et renforcement du programme de réduction des contentions des résidents;
- continuité au niveau de la formation pour les préposées aux bénéficiaires «Agir auprès de la personne âgée» dans l'ensemble des centres d'hébergement;
- début d'un nouveau système de distribution des médicaments;
- présentation des résultats de la visite ministérielle de février 2010 aux résidents, aux familles et aux employés.

Mission CLSC

Faits saillants:

- suivi serré des ententes de gestion et la mise en place de mesures pour atteindre les cibles;
- poursuite des démarches avec les municipalités pour réduire les problématiques du transport des usagers;
- poursuite et développement de nouvelles collaborations avec les partenaires du réseau local pour la réalisation du plan d'action;
- développement d'un partenariat avec les équipes de l'urgence, de médecine/chirurgie et de réadaptation afin de répondre adéquatement à la prise en charge des clientèles ne nécessitant plus d'hospitalisation;
- suivi exhaustif de la prise en charge des clientèles en attente d'hébergement et/ou en attente de retour à domicile.

Lutte au cancer

Faits saillants:

- suivi exhaustif personnalisé et spécialisé auprès de la clientèle ayant un cancer;
- mise en place d'un plan action visant à atteindre des objectifs d'amélioration afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle d'oncologie;
- implantation d'un poste d'infirmière consultante en soins palliatifs pour l'ensemble du CSSS pour un transfert des connaissances auprès des professionnels;
- révision des pratiques actuelles pour une pratique adéquate et sécuritaire dans l'utilisation de la médication en soins palliatifs.

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

Au sein de cette direction est regroupée tant sur le plan préventif que curatif des services de santé et des services sociaux auprès de différentes clientèles tant à la famille, à l'enfance et à la jeunesse qu'à offrir au sens large à la population des services de santé publique (saines habitudes de vie, centre d'abandon du tabac, dépistage du cancer du sein, etc.) et en santé mentale. Cette direction coordonne tout le volet sécurité civile s'il y a un désastre sur le territoire du Haut-Saint-Laurent. C'est également sous sa responsabilité que se retrouvent tout le volet organisation communautaire. Il y a eu intégration au sein de cette direction cette année des services psychosociaux.

Famille-Enfance-Jeunesse

Ces professionnels sont reconnus comme étant très impliqués dans l'amélioration des services aux jeunes et aux familles. Ils travaillent en interdisciplinarité et recherchent les meilleures pratiques d'intervention. Leur collaboration avec les organismes du milieu permet une meilleure accessibilité et continuité de services.

Objectifs:

promouvoir la politique d'allaitement maternel, consolider le travail d'équipe en interdisciplinarité tout comme consolider le travail de partenariat.

Petite enfance

Ces services couvrent l'ensemble des activités offertes aux jeunes jusqu'à l'entrée scolaire et à leur famille.

Fait saillant:

- plus de 70 familles vulnérables du territoire (faible revenu, sans diplôme de secondaire V), dont 30 mamans ayant accouché durant l'année, ont bénéficié des services intégrés en périnatalité pour la petite enfance (SIPPE).

Secteur 5-18 ans

Ces services s'adressent à la clientèle de 5 à 17 ans inclusivement et à leur famille.

Faits saillants:

- 488 jeunes en difficulté et leur famille ont bénéficié d'un suivi psychosocial et pour certains, de services de psychoéducation;
- 36 enfants entre 3 et 16 ans ont bénéficié de répit de fin de semaine, dans le cadre du Camp OUF! Ce service permet aux familles de prévenir des situations de crise et d'épuisement pouvant mener à des placements;

- présence du CSSS au comité pour la réussite éducative et sociale des jeunes du Haut-Saint-Laurent. Cette instance réunit plus d'une douzaine d'organismes et établissements et travaille actuellement à la réalisation d'un plan d'action.

Vaccination

La vaccination comporte plusieurs volets et campagnes de vaccination.

Faits saillants:

- plus de 4857 doses ont été données sur notre territoire lors de la campagne de vaccination de masse contre la grippe saisonnière du 1^{er} novembre au 11 décembre 2010;
- 89,9% des élèves du troisième secondaire ont une couverture vaccinale complète en fonction de leur âge;
- des cliniques ont été offertes à chaque semaine afin de rejoindre les jeunes enfants de moins de cinq ans;
- un projet d'optimisation des services de vaccination visant à améliorer la couverture vaccinale et le respect des délais prévus pour recevoir les vaccins a été élaboré.

Des statistiques:

Vaccin	4 ^e année primaire	3 ^e année secondaire
VPH	77,4%	80,0%
Hépatite B	87,3%	88,9%
Varicelle	94,7%	90,5%
Méningo	-	85,5%
Diphtérie/Tétanos	-	85,9%
Coqueluche	-	85,9%
Polio	-	86,3%
Rougeole	-	85,9%
Rubéole	-	86,3%
Oreillons	-	86,3%

Pour une **meilleure** qualité de vie

Déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (DP-DI-TED)

Ce service permet aux jeunes ayant une déficience intellectuelle (DI) ou un trouble envahissant du développement (TED) et leur famille de recevoir des services de support et d'accompagnement.

Objectifs:

appliquer le plan d'accès ministériel et les balises régionales favorisant l'accès et la continuité des services pour la clientèle ayant une déficience qu'elle soit physique, intellectuelle ou pour les personnes qui ont un trouble envahissant du développement.

élaborer un plan local visant à faciliter l'accès aux services pour cette clientèle.

Faits saillants:

- élimination des listes d'attente de chacun de ces secteurs pour la clientèle requérant des services en priorité urgente et élevée;
- 23 jeunes ayant un TED et 40 avec une DI ont été rejoints;
- des allocations permettant d'acheter des services de répit ou de gardiennage ont aussi été allouées à plus de 60 familles.

Des statistiques:

DP	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services 120	Nombre total d'interventions 5018
DI	Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle recevant des services 61	Nombre total d'interventions 1010
TED	Nombre de personnes ayant un TED recevant des services 31	Nombre total d'interventions 132

Services psychosociaux

Les services psychosociaux sont des services offerts à toute la population, permettant de prévenir, de résoudre ou de réduire la grande partie des problèmes psychosociaux. Ils visent à accompagner les personnes lors de situation de crise, tel que deuil, séparation, toxicomanie, dépendances, perte d'emploi, idées suicidaires, etc.

Objectifs:

améliorer l'accès aux services en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en la matière.

Faits saillants:

- augmentation du nombre d'interventions et d'utilisateurs;
- optimisation des tables de concertation intersectorielles mises en place: violence conjugale, agressions sexuelles et détresse sociale;
- création de nouveaux outils d'information sur les services et diffusion sur l'ensemble du territoire.

Des statistiques

	2009-2010	2010-2011
Nombre total d'interventions	1020	1126
Nombre d'utilisateurs desservis	273	298
Nombre moyen d'interventions	3,74	3,78

Santé mentale

Ces services s'adressent à une clientèle ayant des problèmes de santé mentale persistant et requérant un suivi régulier.

Objectifs:

prévenir l'hospitalisation, en diminuer la durée, lorsqu'elle est nécessaire; maintenir la clientèle dans son milieu de vie et rejoindre la population pour les services d'évaluation, de traitement et de suivi de première ligne.

Faits saillants:

- consolidation des services d'intensité variable (SIV);
- implantation des services de suivi intensif dans le milieu en équipe (SIME);
- création de plusieurs postes afin de former une équipe multidisciplinaire;
- services 4 soirs/semaine, en plus d'un service le samedi;
- accentuation des actions sur le territoire afin de prévenir le suicide dont une présentation en prévention du suicide à l'UPA de Howick;
- mise sur pied d'une session de cours sur la gestion du stress auprès d'adolescents de la Châteauguay Valley Region (CVR) au printemps 2010;
- atteinte des résultats en lien avec les ententes de gestion 2010-2011.

Pour une **meilleure** qualité de vie

Des statistiques:

Nombre de jeunes et leur famille suivis en santé mentale	117
Nombre de personnes suivies en santé mentale adulte	271
Nombre de personnes suivies en SIV-SIME	75

Santé publique

La santé publique est un vaste domaine visant l'amélioration de l'état de santé de la population et la prévention des maladies chroniques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, le cancer, l'obésité.

Objectif:

promouvoir des saines habitudes de vie et ce, auprès de l'ensemble de la population.

Faits saillants:

- mise sur pied du concept CSSS promoteur de santé en mars 2011, plus spécifiquement pour le volet personnel en santé, comme une façon efficace d'allier la promotion et la prévention à l'intervention en santé;
- embauche d'une kinésiologue au poste d'agent de promotion au sein de l'équipe Saines habitudes de vie;
- portrait de l'offre alimentaire du CSSS du Haut-Saint-Laurent dans le cadre de l'adoption par le CSSS de la politique pour une saine alimentation;
- participation des agents de promotion afin de promouvoir les programmes PIED (prévention des chutes chez les personnes âgées) et PQDCS (Programme québécois de dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 ans et plus);
- recrutement de Sentinelles dans le cadre du programme de prévention du suicide.

Sécurité civile

Chacun des établissements de santé se doit d'être en mesure de répondre efficacement aux différentes situations de sinistre pouvant survenir sur son territoire. L'élaboration d'un plan favorise une réponse de qualité, efficiente, efficace, coordonnée et cohérente dans toute situation de mesures d'urgence lors de sinistre. Ceci permet de réduire la morbidité, la mortalité et les impacts psychosociaux au sein de la population touchée lors de cet événement.

Objectif:

tenir des formations pour le personnel lors de mesures d'urgence.

Faits saillants:

- formation de 72% du personnel afin d'intervenir de façon planifiée lors de situations d'urgence au courant de l'année;
- formation de 20 gestionnaires en juin 2010 sur l'application des plans d'intervention en sécurité civile et en mesures d'urgence;
- distribution de cartables dans toutes les installations contenant l'information sur les actions à poser en cas d'urgence;
- consolidation de l'équipe d'intervention psychosociale en cas de sinistre;
- mise à jour régulière des listes de la clientèle vulnérable du territoire.

Jacinthe Demers

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

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET INFORMATIONNELLES

Cette direction assume un double mandat. D'une part, la Direction des ressources humaines et informationnelles est en charge notamment du recrutement, de la dotation, des relations de travail, de la santé et de la sécurité au travail, des affectations et de la formation. D'autre part, cette direction assure aussi la gestion des actifs informationnels en vue de rendre optimal les activités et les services du CSSS.

Objectifs:

améliorer le climat de travail et répondre aux enjeux reliés à la pénurie de main d'œuvre.

Faits saillants:

- amélioration du recours à la main d'œuvre indépendante mais la situation a augmenté au niveau des infirmières;
- réduction importante du temps supplémentaire de près de 20% au niveau de l'absentéisme en assurance-salaire comparativement à l'an dernier;
- rehaussement des liens RTSS (réseau télécommunications sociaux sanitaires) vers les liens RITM (réseau intégré de télécommunications multimédia) pour assurer une plus grande disponibilité et une meilleure performance.

Pour une **meilleure** qualité de vie

Des statistiques:

Heures supplémentaires (taux moyen) cible: 2,71%

CSSS du Haut-Saint-Laurent 2,63%

Moyenne des CSSS de la Montérégie 3,75%

Effectifs de l'établissement	Exercice en cours	Exercice antérieur
Les cadres: (en date du 31 mars)		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	28	27
Temps partiel	1	2
Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)		
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Les employés réguliers: (en date du 31 mars)		
Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	144	154
Temps partiel	269	250
Nombre de personnes: Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)		
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Les occasionnels:		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	152,067	102,390
Équivalents temps complet (b)	83	54

Jacqueline Bourgoïn

Directeure des ressources humaines et informationnelles

DIRECTION DES SERVICES FINANCIERS ET DU SOUTIEN TECHNIQUE

Les services financiers s'assurent tant de l'efficacité des ressources financières attribuées au CSSS pour les budgets d'opération, de la paie, de l'approvisionnement, d'un rôle de conseil et de soutien auprès des gestionnaires en matière de budget que d'offrir un environnement fonctionnel, sécuritaire, confortable et pratique à l'ensemble des personnes gravitant au sein des installations du CSSS. Le soutien technique inclut, quant à lui, les services d'hygiène et de salubrité, la buanderie, l'alimentation et la sécurité.

Volet financier

Objectifs:

faire un suivi budgétaire et maintenir l'équilibre budgétaire.

Faits saillants:

- maintien de l'équilibre budgétaire;
- mise en application de la politique d'achat;
- élaboration d'un processus pour une démarche d'analyse de la performance des différents secteurs d'activités de l'organisation en collaboration avec la responsable de la gestion de la performance du CSSS.

Volet services techniques

Objectif:

offrir un meilleur service à la population et aux employés dans les différentes installations du CSSS.

Faits saillants:

- mise sur pied d'un comité interdisciplinaire pour l'amélioration de l'alimentation en hébergement;
- acquisition et implantation d'un logiciel pour traiter les requêtes de travaux sur les équipements et de façon à planifier les entretiens préventifs;
- harmonisation et uniformisation des fournisseurs entre les différentes installations du CSSS;
- harmonisation des produits de nettoyage et de désinfection pour tous les établissements du CSSS;
- rénovation majeure de la cuisine du centre d'hébergement d'Ormstown (climatisation et réaménagement des lieux de travail);
- remplacement du revêtement de plancher du laboratoire de l'Hôpital Barrie Memorial ;
- réfection de la toiture de l'Hôpital Barrie Memorial.

Jean Déry

Directeur des services financiers et du soutien technique

PRINCIPAUX OBJECTIFS 2011-2012 DU CSSS DU HAUT-SAINT-LAURENT

- intensification des efforts de recrutement médical en ciblant plus spécifiquement la prise en charge dans la communauté;
- maintien de l'équilibre budgétaire;
- augmentation du recrutement et de la rétention du personnel;
- diminution de la main d'œuvre indépendante;
- actualisation des recommandations d'Agrément Canada suite à la visite d'avril 2011;
- développement d'une clinique de transition pour la clientèle orpheline PECCO (prise en charge de la clientèle orpheline);
- intégration d'une infirmière praticienne spécialisée dans les secteurs services généraux-GMF et PECCO dès l'automne 2011;
- développement d'un service médical sans rendez-vous au point de service du CLSC à Saint-Chrysostome dès septembre 2011;
- diminution du temps de séjour sur civière à l'urgence;
- optimisation des chariots de médicaments pour l'ensemble des installations du CSSS;
- diminution du recours à des médecins dépanneurs à l'urgence;
- installation de la visioconférence pour faciliter les communications;
- acquisition d'équipements pour la fluoroscopie et la graphie mobile;
- actualisation de l'approche adaptée de la personne âgée en milieu hospitalier;
- réorganisation du travail dans les secteurs de l'hébergement;
- mise en place du concept CSSS promoteur de santé, volet personnel en santé.

BILAN DU COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

Examens des plaintes et promotion des droits - moyens pour la population d'y accéder.

Un onglet spécifique sur la page d'accueil du site web de l'établissement a été mis sur pied dans le but notamment d'accéder rapidement au rapport annuel et à la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits. Des affiches et des dépliants ont été ajoutés dans des endroits stratégiques afin de faire mieux connaître ces points et de s'adresser au commissaire au besoin.

Faits saillants:

- 15 plaintes ont été enregistrées au cours de l'année financière visée par ce rapport dont aucune plainte en traitement;
- sur ces 15 plaintes, 9 parviennent des usagers et 6 de tiers;
- les points sensibles touchent l'accessibilité aux services et les relations interpersonnelles (abus psychologique, attitude, manque d'informations).

Des remerciements sincères sont adressés à toute l'équipe du CSSS du Haut-Saint-Laurent ainsi qu'aux membres des comités de résidents, d'usagers et de vigilance.

Michael Bury
*Commissaire local aux plaintes
et à la qualité des services*

FONDATEMENTS DU CSSS

Fondation de l'Hôpital Barrie Memorial

Fait saillant:

- organisation d'un tournoi de golf en mai 2010 pour lever des fonds dédiés à l'insuffisance rénale.

Fondation québécoise de l'Hôpital Barrie Memorial

Fait saillant:

- participation au financement de divers équipements pour l'Hôpital Barrie Memorial.

Fondation du Centre d'hébergement de Huntingdon

Fait saillant:

- organisation d'un tournoi de golf en août 2010 pour l'achat d'un solarium quatre saisons pour les résidents de ce centre d'hébergement.

Dames auxiliaires de l'Hôpital Barrie Memorial

Fait saillant:

- maintien des principales activités de financement dont le bazar de Noël afin d'offrir divers services aux patients et principalement pour équiper et meubler le nouveau département de l'urgence.

Dames auxiliaires du Centre d'hébergement de Huntingdon

Fait saillant:

- poursuite de ses activités de financement afin d'améliorer la qualité de vie des résidents par l'achat d'équipements et par la mise sur pied d'activités de toutes sortes.

CONSEILS ET COMITÉS DU CSSS DU HAUT-SAINT-LAURENT

Vous trouverez dans cette section les faits marquants des comités et conseils mis en place au CSSS du Haut-Saint-Laurent.

Comité des usagers

Le comité des usagers a pour rôle notamment de renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations, de promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers.

Faits saillants:

- sensibilisation de la population sur une plus large échelle aux droits et aux obligations des usagers au moyen d'un outil de sensibilisation distribué lors de diverses occasions;
- représentation lors du congrès du Regroupement provincial du comité des usagers à Saint-Hyacinthe à l'automne 2010.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Au 31 mars 2011, le conseil des médecins et dentistes compte 40 médecins et est responsable envers le conseil d'administration de contrôler et apprécier la qualité et la pertinence des actes des médecins et des pharmaciens pratiquant au sein du CSSS. Il y a eu mise sur pied de huit rencontres régulières et de trois assemblées générales afin de procéder à l'étude de demandes de nominations de professionnels et faire des recommandations au conseil d'administration sur la qualification et la compétence des nouveaux médecins venant pratiquer au CSSS.

Fait saillant:

- adoption de nouveaux protocoles de soins et règlements.

Conseil multidisciplinaire

Le conseil multidisciplinaire, constitué de 84 membres répartis en 22 professions différentes, est responsable envers le conseil d'administration de constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres dans tout centre exploité par l'établissement et de faire des recommandations.

Fait saillant:

- différentes réflexions ont été recueillies sur divers sujets, notamment le service de pastorale et le décret d'intégration des techniciennes en réadaptation physique.

Conseil des infirmières et infirmiers

Le conseil des infirmières et infirmiers a pour mandat de formuler des recommandations au Conseil d'administration sur tout ce qui touche directement la pratique des soins infirmiers.

Faits saillants:

- révision de programmes cliniques portant sur l'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins et services, prévention des chutes et blessures, prévention et traitement des plaies de pression et prévention et contrôle des infections nosocomiales;
- activité de reconnaissance des infirmières et infirmiers auxiliaires de toutes les installations du CSSS dans le cadre de la journée internationale de l'infirmière afin de souligner l'excellence du travail des équipes de soins.

Comité de gestion des risques et de la qualité

Les membres du comité de gestion de risque et de la qualité ont pour mandat principal d'identifier les éléments qui découlent d'un événement (accidents/incidents) afin de faire des recommandations pour éviter toute autre situation de ce genre.

Faits saillants:

- révision des règlements et des politiques reliés à la gestion des risques;
- renforcement de la culture de sécurité auprès des équipes du CSSS;
- tenue des réunions conformément à l'exigence de la loi 113;
- analyses et suivis des événements " sentinelle " et des rapports d'incidents et d'accidents.

Pour une **meilleure** qualité de vie

SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes

Cible 2011	Personnel du réseau et du Ministère
5.96%	Améliorer la gestion de la présence au travail

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats 2009-2010</i>	<i>Cibles 2010-2011</i>	<i>Résultats 2010-2011</i>	<i>Évaluation</i>	<i>Commentaires</i>
--------------------	----------------------------	-------------------------	----------------------------	-------------------	---------------------

Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6.18%	5.96%	4.99%	↑	Amélioration notable
---	-------	-------	-------	---	-----------------------------

Cible 2011	Prévention et contrôle des infections nosocomiales				
100% du ratio	P.1 Nombre d'infirmières (ETP) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales				
100% du ratio	0.6 ETP	0.82	0.91	↑	
CH	0.35 ETP	0.35 ETP	0.36 ETP	↑	
CHSLD	0.25 ETP	0.47ETP	0.55 ETP	↑	

100%	P.2 L'établissement a un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel				
	100%	100%	100%	↑	
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%	↑	

Cible 2011	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.				
Augmentation	1.2.2 Nombre d'utilisateurs desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)				
	273	370	298	↓	
Augmentation	1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)				
	3.74	2.80	3.78	↑	

Légende : ↑ 100% et plus d'atteinte de la cible
 - entre 80% et 99.9% d'atteinte de la cible
 ↓ moins de 80% d'atteinte de la cible

Pour une **meilleure** qualité de vie

Fiche de reddition de comptes

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011	Évaluation	Commentaires
Cible 2011	Services dans le milieu de vie				
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)			
		541	575	522	-
24 inter/pers	1.3.2	Nombre moyen d'intervention en soutien à domicile reçu par les personnes en perte d'autonomie			
		20.97	24.00	26.15	-
Cible 2011	Services offerts aux personnes hébergées en milieu de vie substitut				
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			
		3.59	3.47	3.43	-
0.23 h/j/prés	1.3.4	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD			
		0.25	0.20	0.18	-
Cible 2011	Déficiência physique -Soutien à domicile offert aux personnes et à leur famille				
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 déficiéce physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en maintenant l'intensité des services.				
16.8% des personnes 182 pers.	1.4.1	Nombre de personnes ayant une déficiéce physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)			
		114	126	120	-
21.47 inter/pers	1.4.2	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC) par usager (DP)			
		42.71	21.91	41.75	↑
Cible 2011	Déficiência physique - Soutien à domicile offert aux personnes et à leur famille				
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 déficiéce 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 déficiéce physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe			
		1	16	5	↓

Légende : ↑ 100% et plus d'atteinte de la cible
 - entre 80% et 99.9% d'atteinte de la cible
 ↓ moins de 80% d'atteinte de la cible

Pour une **meilleure** qualité de vie

Fiche de reddition de comptes

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011	Évaluation	Commentaires
-------------	------------------------	---------------------	------------------------	------------	--------------

Cible 2011	Déficiência intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED) Soutien à domicile offert aux personnes et à leur famille				
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 déficiéce intellectuelle et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en maintenant l'intensité des services.				
Desservi 6,11% des personnes 34 pers.	1.5.11 Nombre de personnes ayant une déficiéce intellectuelle ou un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)				
	76	52	62	↑	
28 personnes DI (1.5.1)	48	35	40	↑	
6 personnes TED (1.5.4)	28	17	23	↑	
12 inters/pers	1.5.12 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC) par usager : déficiéce intellectuelle ou trouble envahissant du développement				
	14.11	10.88	16.08	↑	
13 inter/pers DI (1.5.2)	18.40	13.00	23.30	↑	
8 inter/pers TED (1.5.5)	6.25	6.53	4.90	↓	

Cible 2011	Déficiência intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED) Soutien à domicile offert aux personnes et à leur famille				
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 déficiéce intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.				
19,2% des familles 35 familles	1.5.13 Nombre d'usagers ayant une déficiéce intellectuelle ou un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe.				
	35	32	40	↑	
27 familles DI (1.5.3)	14	16	20	↑	
8 familles TED (1.5.6)	21	16	20	↑	

Cible 2011	Services de première ligne – jeunes et leur famille en difficulté				
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				
7.5% des usagers et leur famille 487 jeunes et familles	1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)				
	445	487	489	-	
7 inter/jeunes	1.6.2 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)				
	7.78	7.00	7.15	-	

Cible 2011	Services d'urgence –Santé mentale				
Objectifs de résultats	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale				
11 heures	1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale				
	13.25	11.00	18.90	↓	
0%	1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale				
	1.23	0.00	1.89	↓	

Pour une **meilleure** qualité de vie

Fiche de reddition de comptes

Indicateurs	Résultats 2009-2010	Cibles 2010-2011	Résultats 2010-2011	Évaluation	Commentaires
Cible 2011	Services de première ligne – Santé mentale				
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 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)				
	385	385	400	↑	
Moins 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 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)				
	109	113	117	-	
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 ^{re} ligne en santé mentale dans les CSSS (mission CLSC)				
	276	272	271	-	
Cible 2011	Services d'urgence – Santé physique				
Objectifs de résultats	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence :				
11 heures	1.9.1 Séjour moyen sur civière				
	14.01	11.00	19.10	↓	
11 heures	1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus				
	17.72	11.00	23.11	↓	
0%	1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière				
	1.72	0.00	3.90	↓	
0%	1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus				
	2.70	0.00	5.10	↓	
Cible 2011	Soins palliatifs				
Objectifs de résultats	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs à domicile et en maintenant une intensité des services				
60% des personnes 96 pers.	1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile				
	54	79	70	↓	
16 inter/pers	1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile				
	11.94	16.00	13.37	↓	

Légende : ↑ 100% et plus d'atteinte de la cible
 - entre 80% et 99.9% d'atteinte de la cible
 ↓ moins de 80% d'atteinte de la cible

Pour une **meilleure** qualité de vie

Fiche de reddition de comptes

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats 2009-2010</i>	<i>Cibles 2010-2011</i>	<i>Résultats 2010-2011</i>	<i>Évaluation</i>	<i>Commentaires</i>
--------------------	--------------------------------	-----------------------------	--------------------------------	-------------------	---------------------

Cible 2011	Chirurgie- Volume de production pour certaines activités chirurgicales				
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)				
	283	319	236	↓	
Augmentation	1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTC)				
	137	136	111	↓	
Cible 2011	Équilibre budgétaire				
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	↑	L'équilibre budgétaire est atteint

Légende : ↑ 100% et plus d'atteinte de la cible
 - entre 80% et 99.9% d'atteinte de la cible
 ↓ moins de 80% d'atteinte de la cible

Pour une meilleure qualité de vie

DONNÉES FINANCIÈRES

RÉSULTATS - SOMMAIRE

	Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS PRINCIPALES		
REVENUS		
Agence et MSSS.....01	27,340,549	26,993,542
Usagers.....02	2,546,562	2,526,874
Ventes de services.....03	58,995	51,799
Recouvrements.....04	112,742	138,784
Donations.....05		323
Subvention du Gouvernement fédéral.....06		
Autres revenus.....07	21,812	27,134
Total (L.01 à L.07).....08	30,080,660	29,738,456
.....09	xxxx	xxxx
.....10	xxxx	xxxx
.....11	xxxx	xxxx
CHARGES		
Salaires.....12	16,119,670	15,758,965
Avantages sociaux.....13	4,368,490	4,307,956
Charges sociales.....14	2,442,003	2,343,748
Médicaments.....15	385,472	397,435
Produits sanguins.....16	146,781	147,827
Fournitures médicales et chirurgicales.....17	670,132	598,640
Denrées alimentaires.....18	453,990	446,195
Créances douteuses.....19	9,455	25,022
.....20	xxxx	xxxx
.....21	xxxx	xxxx
.....22	xxxx	xxxx
.....23	xxxx	xxxx
.....24	xxxx	xxxx
Intérêts sur emprunts.....25		
Entretien et réparations.....26	354,741	389,362
Autres charges.....27	5,146,462	5,416,938
TOTAL (L.12 à L.27).....28	30,097,196	29,832,088
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS PRINCIPALES (L.08 - L.28).....29	(16,536)	(93,632)
Renseignements à titre informatif seulement:		
CONTRIBUTIONS DE L'AVOIR PROPRE ET INTERFONDS (au net):		
En provenance de l'avoir propre.....30	25,040	xxxx
Fonds immobilisations.....31	(38,041)	xxxx
Fonds affectés.....32		xxxx
Fonds de stationnement.....33		xxxx
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS PRINCIPALES APRÈS LES CONTRIBUTIONS DE L'AVOIR PROPRE ET INTERFONDS (L.29 À L.33).....34	(29,537)	xxxx

Pour une meilleure qualité de vie

RÉSULTATS - SOMMAIRE

ACTIVITÉS ACCESSOIRES		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS			
Financement public et parapublic:			
Agence et MSSS.....	01	11,819	
Fonds de recherche en santé du Québec.....	02		
Régie d'assurance maladie du Québec.....	03		
Gouvernement fédéral.....	04	16,335	16,335
Autres.....	05		
Revenus commerciaux.....	06	213,649	210,799
Revenus d'autres sources et revenus non répartis.....	07	xxxx	
Revenus d'autres sources:			
Donations.....	08		xxxx
Autres revenus d'autres sources.....	09		xxxx
Revenus non répartis:			
Agence et MSSS.....	10		xxxx
Revenus de placement.....	11		xxxx
Donations.....	12		xxxx
Autres revenus non répartis (préciser).....	13		xxxx
TOTAL (L.01 à L.13).....	14	241,803	227,134
CHARGES			
Salaires.....	15	64,422	55,176
Avantages sociaux.....	16	14,226	13,373
Charges sociales.....	17	9,726	8,296
.....	18	xxxx	xxxx
Autres charges.....	19	123,892	124,346
TOTAL (L.15 à L.19).....	20	212,266	201,191
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS ACCESSOIRES (L.14 - L.20).....		29,537	25,943
Renseignement à titre informatif seulement:		=====	=====
CONTRIBUTIONS DE L'AVOIR PROPRE ET INTERFONDS (AU NET):			
En provenance de l'avoir propre.....	22		xxxx
Fonds d'immobilisations.....	23		xxxx
Fonds affectés.....	24		xxxx
Fonds de stationnement.....	25		xxxx
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) des activités accessoires après les contributions de l'avoir propre et interfonds (L.21 à L.25).....	26	29,537	xxxx
FONDS D'EXPLOITATION - ACTIVITÉS PRINCIPALES ET ACCESSOIRES			
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DU FONDS D'EXPLOITATION.....		13,001	(67,689)
Renseignements 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 les contributions de l'avoir propre et interfonds.....		0	
		=====	=====

Pour une meilleure qualité de vie

Nom de l'établissement
CSSS du Haut-Saint-Laurent

Rapport de l'auditeur indépendant-Unités de mesure/hres travaillées, rémunérées

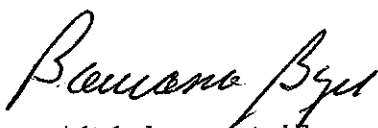
exercice terminé le 31 mars 2011

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

Nous avons procédé, conformément à l'article 293 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec et de l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux, à l'audit des unités de mesure et des heures travaillées et rémunérées pour l'exercice clos le 31 mars 2011. Ces informations compilées par le Centre de santé et des services sociaux du Haut Saint-Laurent selon les définitions et explications contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, sont incluses dans le rapport financier annuel aux pages 330, 352, 650 et 660. La responsabilité de ces unités de mesure et de ces heures travaillées et rémunérées compilées selon les définitions et explications contenues au Manuel de gestion financière (MGF) incombe à la direction de l'établissement. Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces informations en nous fondant sur nos travaux d'audit.

Notre audit a été effectué conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Ces normes requièrent que nous planifions et réalisons l'audit de façon à fournir l'assurance raisonnable que ces informations sont exemptes d'anomalies significatives. L'audit comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des unités de mesure et des heures travaillées et rémunérées selon les définitions et explications du MGF. Il comprend également l'évaluation, le cas échéant, des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction de l'établissement, ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble de ses informations.

À notre avis, à l'exception des éléments mentionnés à l'annexe au rapport de l'auditeur, les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées compilées par le Centre de santé et des services sociaux du Haut-Saint-Laurent donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la réalité de l'établissement pour l'exercice clos le 31 mars 2011 selon les définitions et explications contenues dans le MGF publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.



Société de comptables agréés
Vaudreuil-Dorion, le 14 juin 2011

1 CA auditeur permis no 12746

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 Benoit	Chef administration programme services généraux
Stéphane Bougie	Chef de service hygiène, salubrité et soutien technique
Debbie Clément	Chef administration programmes PALV
Manon Tardif	Chef clinico-administratif programme 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
Sophie Doucet	Directrice générale
Sophie Goneau	Pharmacienne
Heather l'Heureux	Membre du conseil d'administration
Dr Normand Kingsley	Directeur des affaires médicales
Michel Carignan	Chef des laboratoires et imagerie médicale
Jean Déry	Directeur des services financiers et du soutien technique

Pour une **meilleure** qualité de vie

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:

- **Gestion des erreurs de médicament: actualisation d'une analyse prospective en médecine / chirurgie**
- **Diffusion et expérimentation 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:

- **Diffusion du plan de désastre, appropriation et exercice statutaire**
- **Gestion des erreurs de médicament: actualisation d'une analyse prospective en médecine / chirurgie**

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 Révision février 2011**

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: **419**

3.2. Nombre d'incidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse: **419**

20 % ☐ 40 % ☐ 60 % ☐ 80 % ☐ 100 % ☒

3.3. Nombre d'incidents déclarés où des mesures ont été prises pour en prévenir la récurrence: **419**

20 % ☐ 40 % ☐ 60 % ☐ 80 % ☐ 100 % ☒

3.4. Nombre d'accidents déclarés pour l'année budgétaire en cours: **221**

3.5. Nombre d'accidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse approfondie: **221**

20 % ☐ 40 % ☐ 60 % ☐ 80 % ☐ 100 % ☒

3.6. Nombre d'accidents déclarés où des mesures ont été prises pour en prévenir la récurrence: **221**

20 % ☐ 40 % ☐ 60 % ☐ 80 % ☐ 100 % ☒

Pourcentage de divulgation des accidents déclarés: **100%**

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: **8**

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: **N/A**

4. AGRÉMENT DES SERVICES DISPENSÉS

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

4.2. Si oui, nom de l'organisme sollicité: **Agrément Canada et Conseil québécois d'agrément**

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

4.4 Date à laquelle cet organisme a été sollicité: **Mars 2011, prochaine visite janvier 2014**

4.5 Agrément obtenu: Oui ☒ Non ☐

4.6 Si oui, type d'agrément obtenu: **Conditionnel avec suivi sous forme de rapport**

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 2011

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
Doucet, Sophie	Directrice générale
Dupuis, François	Conseil multidisciplinaire
Greig, Madeleine	Population
Lachance-Legault, Louise	Cooptation
Lafrenière, Renée	Conseil médecins, dentistes et pharmaciens
Laliberté, Ilse	Personne morale
Latour, Marco	Conseil multidisciplinaire
Leclerc, Marcel	Population
L'Heureux, Heather	Comité des usagers
Ouimet, Céline	Représentante de l'Agence
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 intérimaire
Doucet, Sophie	Directrice générale
Dr Aikin, Ken	
Dr Beaudry, Daniel	
Dr Geukjian, S.K.	
Dr Kingsley, Normand	
Dr Lemieux, Raymond	

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Latour, Marco	Président
Doucet, Sophie	Directrice générale
Dagenais, Paulette	
Lemieux, Marie-Christine	
Maheu, Sylvie	
Primeau, Nathalie	
Richer, Line	

CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Houle, Nathalie	Présidente
Chiasson, Anne	
Viau, Martine	

Pour une **meilleure** qualité de vie

COMITÉ ADMINISTRATIF DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Reddick, Milton	Président
Doucet, Sophie	Directrice générale et secrétaire
L'Heureux, Heather	Trésorière
Bourdeau, Jean-Gilles	Membre du conseil d'administration
Dupuis, François	Membre du conseil d'administration

COMITÉ DE VÉRIFICATION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

L'Heureux, Heather	Présidente du comité
Doucet, Sophie	Directrice générale et secrétaire
Reddick, Milton	Président du conseil d'administration
Lachance-Legault, Louise	
Therrien, René	

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Bury, Michael	Commissaire aux plaintes
D'Aoust, David	Représentant du conseil d'administration
Doucet, Sophie	Directrice générale et secrétaire
Ouimet, Céline	Présidente
Richard, Suzanne	Représentante du comité des usagers

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

Benoit, Mireille	Chef administration programme services généraux
Bougie, Stéphane	Chef de service hygiène et salubrité
Carignan, Michel	Chef des laboratoires et imagerie médicale
Champagne, Louise	Infirmière en prévention des infections
Chiasson, Anne	Directrice des soins infirmiers, de la qualité des services, gestion des risques et agrément
Chouinard, Johanne	Membre du conseil d'administration
Clément, Debbie	Chef administration programmes PALV
Déry, Jean	Directeur des services financiers et du soutien technique
Doucet, Sophie	Directrice générale
Goneau, Sophie	Pharmacienne
Dr Kingsley, Normand	Directeur des affaires médicales
L'Heureux, Heather	Présidente du comité des usagers
Tardif, Manon	Chef clinico-administratif Santé physique et services généraux

COMITÉ DES USAGERS

Anderson, Penny	
Bourdeau, Jean-Gilles	
Bourdeau, Mariette	
Giguère, Mireille	
Himbeault Greig, Madeleine	Secrétaire
Hope, Ginette	Trésorière
L'Heureux, Heather	Présidente
Pilon, Dolorès	
Reddick, Milton	

COMITÉ D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

Laliberté, Ilse
Tremblay, Nicole
Villeneuve, Alain

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.

Pour une **meilleure** qualité de vie

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 du 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.