

Centre de santé et de services sociaux
Pierre-Boucher

CRÉER DES LIENS POUR LA VIE

**RAPPORT ANNUEL
DE GESTION
2010 • 2011**

RESPECT

PRÉVOYANCE

ÉQUITÉ

RESPONSABILITÉ

TABLE DES MATIÈRES

Mot du président du conseil d'administration et de la directrice générale	2
Déclaration de la directrice générale	3
Présentation de l'établissement	
Mission, valeurs, structure organisationnelle	4
Contexte et faits saillants	6
Portrait de santé de la population du territoire	9
Activités de l'établissement	
Services offerts	11
Orientations stratégiques et priorités d'action	12
Résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus	14
Conseils et comités de l'établissement créés en vertu de la loi sur les services de santé et les services sociaux	26
Ressources humaines de l'établissement	32
États financiers 2010-2011	33
Code d'éthique et de déontologie des administrateurs et du directeur général	38

MOT DU PRÉSIDENT ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

UNE ANNÉE À LA MESURE DES EFFORTS DÉPLOYÉS

Le rapport annuel de gestion 2010-2011 illustre les multiples actions entreprises par l'équipe du CSSS Pierre-Boucher pour offrir à la population des services de qualité, répondant le mieux possible aux besoins, dans un environnement sécuritaire. Il rapporte succinctement les nombreuses réalisations qui ont été concrétisées, tant pour le mieux-être des usagers que pour l'attraction et la fidélisation d'une main-d'œuvre compétente, un des grands défis du réseau de la santé et des services sociaux.

Qu'il s'agisse d'une offre de services appropriée, d'actions proactives de promotion de la santé, de soins et de services sécuritaires, d'une gestion rigoureuse des budgets qui sont accordés, les administrateurs, gestionnaires, employés, médecins et bénévoles de notre CSSS n'ont ménagé aucun effort pour accomplir la mission de l'établissement dans une perspective de constante amélioration.

UNE ÉQUIPE QUI GRANDIT

Nos effectifs se sont accrus cette année de 193 personnes, passant de 4 087 à 4 280 employés. 94 % de ces nouveaux effectifs offrent des soins directs aux usagers. Nous avons aussi accueilli nos deux premières infirmières praticiennes spécialisées (IPS) qui ont été affectées aux services en première ligne au GMF Marguerite-d'Youville et au CLSC des Seigneuries de Saint-Amable.

En ce qui concerne la main-d'œuvre médicale, onze postes de médecins spécialistes et quatre postes de médecins omnipraticiens ont été ajoutés au plan des effectifs médicaux du CSSS Pierre-Boucher. De plus, un second médecin omnipraticien a maintenant pignon sur rue à Verchères.

Afin de nous associer une main-d'œuvre qualifiée et engagée, nous avons instauré un programme de préceptorat pour les jeunes infirmières et infirmières auxiliaires de moins de trois ans d'expérience

dans le but de les soutenir dans le développement de leurs compétences et de les sécuriser dans leur pratique professionnelle. Avec les mêmes objectifs, un projet visant à offrir un soutien à la pratique des professionnels cliniques des services multidisciplinaires, basé sur l'approche par compétences, a aussi été réalisé en partenariat avec le CSSS Jardins-Roussillon.

Enfin, pour garantir la permanence de soins et de services qualifiés, nous avons titularisé 1 315 postes d'infirmières cliniciennes, infirmières, infirmières auxiliaires et inhalothérapeutes.

POUR OFFRIR DES MEILLEURS SERVICES

Notre CSSS s'est vu désigné parmi neuf sites de démonstration pour la mise en œuvre du nouveau programme québécois de dépistage du cancer colorectal, une reconnaissance de l'expertise et de l'expérience de nos équipes en cette matière. Une autre désignation a été accordée à notre établissement pour l'actualisation du nouveau programme québécois de dépistage universel de la surdité chez les nouveau-nés.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, le Dr Yves Bolduc, a autorisé l'aménagement d'une nouvelle salle d'hémodynamie à l'hôpital. La concrétisation de ce projet, attendue depuis plusieurs années, permettra de consolider nos services de cardiologie tertiaire dans une perspective de maintien et d'accessibilité des services.

Grâce à une collaboration étroite avec le centre de réadaptation en dépendance Le Virage, nous avons instauré le programme Mosaic. Ce programme intègre un ensemble de services pour mieux répondre aux besoins des personnes aux prises avec des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance. Il constitue un changement de pratique remarquable et exclusif au CSSS Pierre-Boucher et au centre de réadaptation Le Virage.

Pour les personnes en perte d'autonomie dont la condition les amène à devoir résider dans un des centres d'hébergement de notre établissement ainsi que pour leurs proches, des rencontres mensuelles ont été instaurées dans le but de leur donner l'information utile sur le processus d'admission et répondre à leurs questions. De plus, la révision du programme d'hébergement temporaire pour les usagers en perte d'autonomie a contribué à améliorer les services de répit aux proches aidants.

Au niveau de la promotion de saines habitudes de vie, notre CSSS a entrepris un virage santé. Une politique de saine alimentation a été adoptée et la malbouffe de la cafétéria de l'hôpital s'est vue remplacée par une gamme diversifiée d'aliments à haute valeur nutritive.

DANS DES MEILLEURES CONDITIONS

Notre CSSS étant maintenant agréé pour la qualité des soins et des services par Agrément Canada et le Conseil québécois d'agrément, nous poursuivons nos efforts avec assiduité pour améliorer continuellement nos pratiques et les rendre toujours plus sécuritaires. Cette année, par exemple, 93 % de nos intervenants ont utilisé la procédure sur la double identification de l'utilisateur ou du résident avant le début d'une prestation, ce qui est digne de mention. Nous avons également lancé une campagne de sensibilisation au lavage des mains auprès de notre personnel et de nos médecins. Par ailleurs, nous avons instauré une liste de vérification systématique préalable à toute intervention chirurgicale dans le but de diminuer les risques reliés à une chirurgie.

Dans le secteur Famille-Enfance-Jeunesse, les CLSC Simonne-Monet-Chartrand et de Longueuil-Ouest ont obtenu la certification Amis des bébés après plusieurs années de préparation. Aussi, nous avons pu faire l'acquisition de quatre incubateurs destinés au secteur des soins intermédiaires pour nouveau-nés grâce à l'octroi, par Opération Enfants Soleil, d'une somme de 65 000 \$.

Afin d'offrir à nos résidents et usagers un environnement physique adéquat et sécuritaire, une somme de 10 M \$ provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux a été accordée pour la réalisation de travaux de modernisation dans les centres d'hébergement, dans les CLSC et à l'hôpital. Des rénovations majeures ont aussi été effectuées au sein de la salle des serveurs informatiques de notre établissement afin de la rendre conforme aux plus hauts standards de sécurité dans ce domaine.

Nos intervenants oeuvrant auprès des personnes âgées bénéficient maintenant d'un outil informatisé qui leur donne accès en tout temps à l'évaluation de la condition de l'utilisateur, qu'ils soient dans l'une ou l'autre des installations du CSSS ou au domicile d'un usager. Cette réalisation permet d'assurer une meilleure continuité dans les services offerts.

L'EXCELLENCE RÉCOMPENSÉE

En 2010-2011, plusieurs projets et initiatives de notre CSSS se sont distingués.

Nous sommes fiers du prix international « ASHRAE Technology Award 2011 » que nous avons gagné en économie d'énergie pour le projet d'agrandissement et de réaménagement des services ambulatoires de l'Hôpital Pierre-Boucher.

Sur la scène québécoise, nous avons remporté deux Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux. Le premier, dans la catégorie Accessibilité des soins et des services, pour le projet de réorganisation du travail au bloc opératoire. Le second, un prix Coup de cœur du ministre, pour le projet IPIM – identification préhospitalière de l'infarctus du myocarde. Par ailleurs, le Prix innovation de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité au travail du secteur des affaires sociales (ASSTSAS) dans le cadre du concours « Pleins feux sur l'innovation 2010 » nous a été attribué pour la conception du design d'une nouvelle toile permettant d'asseoir les patients après un examen d'imagerie médicale.

Nous avons été témoins tout au long de l'année des efforts remarquables consentis par tout le personnel, les médecins et les bénévoles du CSSS Pierre-Boucher afin d'atteindre ces résultats éloquentes et nous leur en sommes extrêmement reconnaissants.

Notre gratitude va également à tous nos partenaires du réseau local, à nos fondations ainsi qu'aux membres du conseil d'administration, indispensables complices dans l'accomplissement de notre mission.



Pierre Desjardins, CD, ASC
Président du conseil d'administration



Caroline Barbir, Adm. A., CHE
Directrice générale



Pierre Desjardins
Président du conseil d'administration



Caroline Barbir
Directrice générale

DÉCLARATION DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

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 ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assurée 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 Pierre-Boucher, 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,



Caroline Barbir, Adm. A., CHE

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

NOTRE MISSION

Le CSSS Pierre-Boucher est un établissement public de soins généraux et spécialisés ayant pour mission fondamentale d'améliorer la santé et le bien-être de la population dont il a la responsabilité. Le CSSS Pierre-Boucher réalise cette mission tout en permettant à sa population d'atteindre l'autonomie nécessaire au maintien de sa santé.

NOS VALEURS

DEUX PRINCIPES D'ACTION SUR LESQUELS SONT FONDÉES NOS VALEURS

Assises incontournables constituant des moteurs pour vivre nos valeurs, nos principes d'action, la CONFIANCE et la BIENVEILLANCE, inspirent le comportement que l'on adopte, le mot d'ordre que l'on se donne dans notre approche collective.

La confiance constitue un élément fondamental de la vie en collectivité. Chaque action posée chaque jour contribue à édifier ou à fragiliser cette confiance nécessaire à notre bon fonctionnement. Faire confiance, c'est assumer que l'autre personne est elle-même digne de confiance. Notre loyauté à l'organisation est impossible si la confiance fait défaut.

La bienveillance est un souci de l'autre, elle suggère de tendre vers ce qui, pour l'autre, est considéré comme étant « bien » sans pour autant que ce « bien » coïncide avec le nôtre. C'est l'intérêt supérieur de l'utilisateur qui motive nos comportements bienveillants à leur égard et entre nous, employés, médecins et bénévoles du CSSS.

DES VALEURS HUMANISTES

- **Le respect** : « *Prendre le temps de poser un second regard afin de ne pas heurter inutilement* »

La mission même du CSSS Pierre-Boucher requiert que ses médecins et son personnel s'investissent dans des rapports sociaux harmonieux et qu'ils traitent les usagers, leurs proches, leurs collègues

de travail et toute autre personne avec respect et considération.

- **La responsabilité** : « *S'engager dans la mission du CSSS Pierre-Boucher, faire les bons choix et honorer ses engagements* »

L'importance d'effectuer les bons choix pour l'atteinte des buts visés, en concordance avec la mission et les orientations de l'organisation. La personne responsable assume ses actes et leurs conséquences. Elle honore ses engagements dans un climat de confiance partagée et collabore avec l'équipe pour le bien-être de la clientèle.

- **L'équité** : « *Apprécier de manière juste ce qui est dû à chacun. L'équité, bien plus que l'égalité* »

Cette valeur s'applique en matière d'accessibilité, de qualité, de sécurité, de répartition des ressources, de prestation de soins et de services, de respect des droits et libertés et dans l'application de nos règles internes. Elle permet d'assurer que chaque usager est justement apprécié, selon ses besoins et caractéristiques propres.

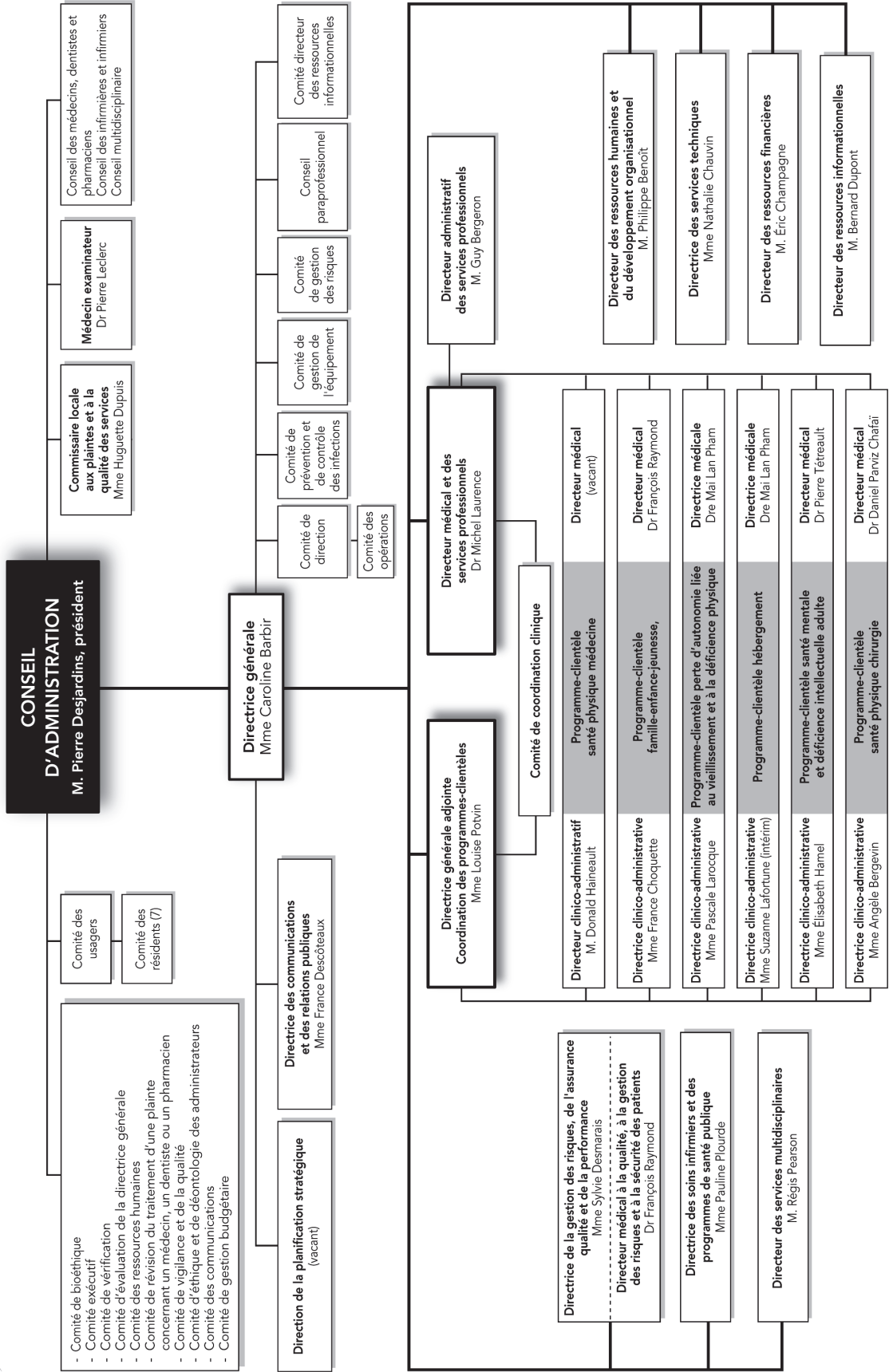
- **La prévoyance** : « *Faire preuve de sensibilité et d'ouverture afin de mieux voir venir* »

C'est le souci et l'attention que l'on porte aux personnes, aux choses, aux situations, pour mieux voir venir. La prévoyance nous aide, dans des contextes empreints d'incertitudes, à anticiper et à prévoir ce qui est préférable et meilleur. C'est prendre les précautions nécessaires pour améliorer la santé et le bien-être de notre population.

L'ORGANIGRAMME DU CSSS PIERRE-BOUCHER

Centre de santé et de services sociaux
Pierre-Boucher

ORGANIGRAMME



CONTEXTE ET FAITS SAILLANTS

Créé le 4 juillet 2004 à la suite de la fusion des CLSC de Longueuil-Ouest, Simonne-Monet-Chartrand et des Seigneuries, des Centres d'hébergement de Longueuil et Du Littoral ainsi que de l'Hôpital Pierre-Boucher, le CSSS Pierre-Boucher offre une gamme de services de santé et de services sociaux, en collaboration avec ses partenaires du réseau local de services, à une population de 246 000 personnes.

Au cours de l'année 2010-2011, au-delà des priorités organisationnelles et des objectifs à atteindre que l'établissement s'est fixés dans sa planification stratégique 2007-2010, plusieurs réalisations ont contribué à améliorer les services offerts à la population. Les voici :

DES ACTIONS POUR PROMOUVOIR LA SANTÉ ET PRÉVENIR LA MALADIE

Réalisation d'une campagne de vaccination contre l'influenza saisonnière auprès des employés, médecins, bénévoles et de la population.

Soutien aux milieux cliniques du Réseau local de services Pierre-Boucher (GMF, Coop de santé de Contrecoeur, clinique de santé du Collège Édouard-Montpetit) dans le but de promouvoir les pratiques cliniques préventives comme l'adoption de saines habitudes de vie, l'encouragement à mieux s'alimenter, à faire de l'activité physique, à dépister l'hypertension et à en faire le suivi.

Mise en place d'une clinique de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) pour les travailleuses du sexe de la Montérégie. Les locaux de l'organisme EMISS'ÈRE à Longueuil sont maintenant utilisés par les infirmières du CSSS Pierre-Boucher pour le dépistage des ITSS, la vaccination contre l'hépatite et l'enseignement de pratiques sexuelles sécuritaires.

De nouveaux partenaires, dont l'Union des producteurs agricoles et le Centre de formation professionnelle Pierre-Dupuy, ont rejoint le programme Sentinelle, qui vise à identifier des personnes à risques suicidaires, à les référer aux ressources du milieu et à former les personnes qui effectuent de la référence.

En octobre 2010, 350 personnes ont participé à une soirée d'information portant sur le programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS), organisée en collaboration avec le CSSS Champlain.

Six séries de rencontres en groupe et des rencontres individuelles ont permis de soutenir plus de 100 personnes qui veulent cesser de fumer.

ATTRACTION ET FIDÉLISATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

Plan des effectifs médicaux

Ajout de onze médecins spécialistes, soit deux anesthésiologistes, deux chirurgiens généraux, un chirurgien orthopédique, un gastroentérologue, un gériatre, un neurologue, un pneumologue, un urologue et un médecin d'urgence.

Ajout de quatre médecins omnipraticiens.

Accueil des stagiaires

Signature de contrats d'association pour l'accueil de stagiaires de nombreux postes différents avec plusieurs institutions d'enseignement, dont les Commissions scolaires Sorel-Tracy, Lester B. Pearson, des Hautes Rivières, des Patriotes, Marie-Victorin, de Saint-Hyacinthe, l'école de formation professionnelle Gérard-Filion, les collèges Lafèche, de Rosemont, de Maisonneuve, Édouard-Montpetit, le Cegep Sorel-Tracy, les universités de Montréal, d'Ottawa et de Sherbrooke.

Accroissement des effectifs

Accroissement net de l'effectif du CSSS Pierre-Boucher de 193 personnes, dans les professions suivantes : préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires, infirmières, infirmières cliniciennes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, pharmaciens, psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés et inhalothérapeutes. Le nombre total d'employés est passé de 4 087 à 4 280.

ADAPTATION DES SERVICES AUX BESOINS ET RÉALITÉS DE LA COMMUNAUTÉ

Transformation du service de pastorale en service de soins spirituels, conformément aux orientations ministérielles qui favorisent une approche non confessionnelle mais ouverte aux religions.

Rapatriement, au sein du service de biologie médicale du CSSS Pierre-Boucher, des analyses de laboratoire découlant des prélèvements effectués au CLSC de Longueuil-Ouest, auparavant effectués par le laboratoire de l'Hôpital Charles-Lemoyne.

ENTRETIEN ET MODERNISATION DES IMMOBILISATIONS

Octroi par le ministère de la Santé et des Services sociaux d'une enveloppe de 9 954 769 \$ pour réaliser des projets d'aménagement en centre d'hébergement, en CLSC, à l'hôpital

BILAN DE L'ACCUEIL DES STAGIAIRES ET DES RÉSIDENTS EN MÉDECINE

Secteurs d'activités	2009-2010	2010-2011
Direction des soins infirmiers et des programmes de santé publique	1 579	1 866
Direction des services multidisciplinaires	143	135
Direction des ressources humaines et du développement organisationnel	43	74
Direction médicale et des services professionnels	25 résidents 31 externes	49 résidents 28 externes
TOTAL	1 821	2 152

ainsi que pour la conservation et la fonctionnalité des immeubles du CSSS.

- Réaménagement complet de l'unité de médecine située au 7^e sud de l'hôpital.
- Réaménagement de deux unités de vie au centre d'hébergement René-Lévesque.
- Réalisation de travaux de rénovation dans les centres d'hébergement De Lajemmerais et de Mgr-Coderre.
- Rénovation complète du salon de coiffure du centre d'hébergement Jeanne-Crevier grâce au soutien financier de la Fondation Jeanne-Crevier.

PROTECTION DE L'INFORMATION

Réalisation de l'inventaire de tous les documents et de tous les systèmes contenant de l'information sensible et catégorisation du degré d'importance de cette information en vue d'assurer la mise en place de mesures de sécurité et de protection adéquates.

Réfection complète de la salle informatique dans le but de la rendre conforme aux plus hauts standards de sécurité dans ce domaine.

QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Réalisation d'une campagne de promotion de l'hygiène des mains auprès des employés, médecins et des usagers.

Formation de 922 employés, à l'embauche, sur les pratiques de base et les précautions additionnelles en prévention et contrôle des infections.

Obtention de la Certification Ami des bébés, par le ministère de la Santé et des Services sociaux, pour les CLSC de Longueuil-Ouest et Simonne-Monet-Chartrand.

Réalisation du dépliant « Ma santé, j'y vois ! » destiné aux usagers et à leurs proches et ayant pour but de préciser le rôle qu'ils doivent jouer pour assurer leur propre sécurité en regard des soins et des services qu'ils reçoivent.

Réalisation d'une campagne de prévention des vols à l'Hôpital Pierre-Boucher par la installation d'affichettes « Gardez toujours un œil sur vos objets personnels », notamment dans toutes les chambres

d'hospitalisation, à l'urgence et en chirurgie d'un jour.

Instauration d'un nouveau processus d'évaluation des ressources intermédiaires pour personnes en perte d'autonomie dans le cadre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et des services et révision et renouvellement des contrats de cinq ressources intermédiaires sur douze.

Implantation de mesures visant à contrer la maltraitance (abus et négligence) auprès de personnes vulnérables, par la formation des professionnels et la mise en place d'un processus de déclaration des situations.

Implantation de l'antibioprophylaxie opératoire (administration d'antibiotiques intraveineux en temps opportun) pour prévenir les infections péri-opératoires.

POUR AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET AUX SERVICES

Désignation du CSSS Pierre-Boucher parmi neuf sites de démonstration du nouveau Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR), dont l'objectif est de réduire la mortalité attribuable à ce type de cancer.

Désignation du CSSS Pierre-Boucher pour la mise en œuvre du nouveau programme québécois de dépistage universel de la surdité chez les nouveau-nés (PDUSN).

Entente avec l'Hôpital Charles-Lemoyne pour des services de consultation en pédopsychiatrie à l'intention des intervenants en première ligne du programme Famille-Enfance-Jeunesse.

Entente avec le Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM), l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie et les hôpitaux de la Montérégie pour le transfert interétablissement des victimes de brûlures graves.

Octroi de 63 664 \$ par Opération Enfant Soleil pour l'acquisition de quatre incubateurs destinés au secteur des soins intermédiaires pour nouveau-nés.

Instauration de rencontres d'information mensuelles portant sur l'admission en centre d'hébergement à l'intention des personnes en attente d'une place et de leurs proches.

Adoption par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de 19 ordonnances collectives qui ont pour but de permettre à un professionnel habilité d'exercer certaines activités sans avoir à obtenir une ordonnance individuelle d'un médecin et sans que la personne visée par l'ordonnance n'ait à voir préalablement un médecin.

Dans le cadre du programme Mosaic, entente de partenariat avec le centre régional de réadaptation en dépendance Le Virage, qui vise à mieux répondre aux besoins des personnes adultes aux prises avec des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance.

Mise en place d'un mécanisme de référence au guichet d'accès de première ligne en santé mentale. Ce service permet à la clientèle qui se présente à l'urgence de l'hôpital et qui ne nécessite pas une intervention immédiate d'être évaluée dans un délai de 24 heures et d'être accompagnée pour recevoir les services appropriés offerts par le CSSS et les organismes du milieu.

Mise en place, dans les CLSC, de « Alcochoix+ », un programme de prévention et de soutien pour éviter que la consommation d'alcool ne se transforme en dépendance.

Dans le secteur de l'imagerie médicale, accessibilité accrue pour des examens et des interventions en mammographie, en tomographie, en résonance magnétique, en angioradiologie et en médecine nucléaire.

Mise en place d'un programme pour les besoins d'assistance reliés à l'hygiène permettant aux auxiliaires de la santé et des services sociaux d'enseigner à des usagers une utilisation autonome et sécuritaire de l'équipement pour leur salle de bain.

Amélioration des services de répit aux proches aidants par la révision du programme d'hébergement temporaire pour les usagers en perte d'autonomie.

Augmentation de l'offre de service de la clinique externe de gériatrie dans le but d'en faciliter l'accès aux médecins de la communauté, de réduire la durée de séjour à l'hôpital ou d'éviter une hospitalisation.

DES CHIFFRES QUI PARLENT

Chirurgie

- 14 000 examens par endoscopie.
- 14 669 interventions chirurgicales, une augmentation de 5 % comparativement à 2009-2010.
- 438 interventions de chirurgie bariatrique.
- 317 chirurgies de prothèses totales de hanche et de genou, accroissement de 16,2 % comparativement à 2009-2010.
- 177 interventions chirurgicales effectuées par des chirurgiens de l'Hôpital Charles-Lemoyne au bloc opératoire de l'Hôpital Pierre-Boucher. Une hausse de 40,5 % comparativement à l'année 2009-2010.
- 1 644 interventions en hémodynamie, comparativement à 1 586 en 2009-2010. 640 angioplasties, dont 243 angioplasties primaires en infarctus aigu, comparativement à 600, dont 204 angioplasties primaires en infarctus aigu, en 2009-2010.

Médecine

- 832 patients orphelins et vulnérables référés à un médecin de famille par le biais du guichet d'accès, par rapport à 503 en 2009-2010, soit une augmentation de 60 %.
- 3 266 patients réorientés de la salle d'urgence vers la Clinique réseau Pierre-Boucher et réduction du délai de prise en charge pour cette clientèle.
- 52 307 patients ont visité l'urgence de l'Hôpital.

Imagerie médicale

- 22 252 examens et interventions en tomodensitométrie (16 532 en 2009-2010).
- 321 interventions en mammographie (198 en 2009-2010).
- 4 394 examens de résonance magnétique (4 079 en 2009-2010).
- 4 382 examens et interventions en angiologie (3 945 en 2009-2010).

- 21 102 examens en médecine nucléaire (18 088 en 2009-2010.)

Programme perte d'autonomie liée au vieillissement et à la déficience physique

- Près de 100 % des lits sont occupés dans les centres d'hébergement et les ressources intermédiaires.
- 364 admissions ont été réalisées dans nos centres d'hébergement, soit une augmentation de 23 %.
- 141 admissions en ressources intermédiaires.
- 2 297 jours de répit aux aidants naturels via l'hébergement temporaire aux usagers en perte d'autonomie.
- 4 409 personnes âgées en perte d'autonomie ont reçu des services à domicile par rapport à 4 132 l'année dernière, soit une augmentation de 6 %.
- 1 009 personnes ayant une déficience physique ont reçu des services à domicile par rapport à 1 062 en 2009-2010. Intensité de service par usager augmentée : 44 interventions/usager par rapport à 35 l'an dernier.
- 445 consultations en clinique externe de gériatrie ont été effectuées par rapport à 199 l'an dernier.
- 2 448 usagers de 75 ans et plus ont été évalués avec un outil permettant de repérer les usagers à risque à l'urgence. À l'aide de cet outil, 1 003 usagers ont été dépistés à risque et 467 d'entre eux ont bénéficié d'une évaluation de l'équipe de consultation gériatrique.

PRIX D'EXCELLENCE ET MENTIONS D'HONNEUR

Prix d'excellence 2010 du réseau de la santé et des services sociaux dans la catégorie Accessibilité des soins et des services pour le projet de réorganisation du travail au bloc opératoire.

Prix Coup de cœur du ministre 2010 pour le projet IPIM – identification préhospitalière de l'infarctus du myocarde.

Prix « ASHRAE Technology Award 2011 » en économie d'énergie pour le projet d'agrandissement et de réaménagement des services ambulatoires de l'Hôpital Pierre-Boucher.

Certificat honorifique à la Fondation du centre d'accueil De Contrecœur dans le cadre du Prix du bénévolat en loisir et en sport Dollard-Morin 2010.

Prix innovation de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité au travail du secteur des affaires sociales (ASSTSAS) dans le cadre du concours « Pleins feux sur l'innovation 2010 » pour la conception du design d'une nouvelle toile permettant d'asseoir les patients après un examen d'imagerie médicale.

PORTRAIT DE SANTÉ DE LA POPULATION DU TERRITOIRE

CONDITIONS DÉMOGRAPHIQUES

Selon les projections démographiques de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), le réseau local de services (RLS) Pierre-Boucher compte environ 245 900 personnes en 2010. Il s'agit du 1^{er} territoire en importance en Montérégie quant à la taille de sa population (17 %), du 9^e territoire quant à sa superficie et du 2^e territoire quant à sa densité de population. La population du RLS devrait s'accroître de 8,9 % entre 2010 et 2031, soit une augmentation plus faible que celle de la Montérégie (16,3 %).

La répartition selon l'âge de la population du RLS Pierre-Boucher est relativement semblable à celle de la Montérégie. En 2010, la proportion de jeunes de moins de 18 ans du RLS atteint 20 % (21 % en Montérégie), tandis que celle des personnes âgées de 65 ans et plus est de 14 %, tout comme en Montérégie.

Néanmoins, à l'instar de la région et du Québec, le RLS 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 14 à 25 %.

Le vieillissement de la population se produit à un rythme semblable sur le territoire de Pierre-Boucher par rapport à la Montérégie. Entre 2010 et 2031, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus devrait s'accroître de 76 % dans le RLS comparativement à 73 % en Montérégie.

CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES ET CULTURELLES

Dans l'ensemble, le RLS présente un profil socioéconomique un peu plus défavorable que celui de la région. En comparaison de la Montérégie, le RLS compte proportionnellement plus de personnes vivant sous le seuil de faible revenu (16,4 c. 12,5 % en 2005) et plus d'adultes prestataires des programmes d'assistance sociale (6,5 c. 5,5 % en 2009).

Pierre-Boucher présente une proportion de personnes d'expression anglaise (4,3 %) plus faible que la valeur régionale (11 %). Selon le Recensement de 2006, leur nombre s'élève à près de 10 200

personnes, soit près de 7 % de la population d'expression anglaise de la Montérégie.

En 2006, on dénombre 20 075 immigrants sur le territoire de Pierre-Boucher, soit 9 % de la population du RLS; ils représentent 20 % des immigrants de la Montérégie.

ESPÉRANCE DE VIE

En 2003-2007, l'espérance de vie à la naissance des personnes qui résident sur le territoire de Pierre-Boucher s'élève à 80,6 ans. Les femmes ont toujours une espérance de vie à la naissance plus élevée que celle des hommes (82,8 ans contre 78,0 ans), quoique l'écart entre les sexes tend à s'amenuiser avec le temps.

SANTÉ PHYSIQUE

Les tumeurs

En 2004-2007, 35 % des décès enregistrés dans le RLS Pierre-Boucher sont attribuables aux tumeurs. Avec une moyenne de 515 décès par année, celles-ci 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. Dans le RLS, le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer est passé de 649 à 1 087 entre les périodes 1987-1991 et 2002-2006. Le taux d'incidence est toutefois demeuré relativement stable dans le temps. Par ailleurs, le taux d'incidence du cancer du poumon et celui de la prostate sont significativement plus élevés dans le RLS qu'au Québec.

En 2006-2009, on compte en moyenne 1 817 hospitalisations par année pour cause de tumeurs, ce qui représente près de 11 % de l'ensemble des hospitalisations en soins physiques de courte durée. Pour cette même période, le taux d'hospitalisation pour tumeurs est significativement plus élevé dans le RLS qu'au Québec.

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, toutefois les hommes continuent de présenter des taux de mortalité supérieurs à ceux des femmes.

En 2007-2008, environ 5 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'une maladie cardiaque et 15 % d'hypertension, ce qui représente respectivement près de 9 800 et 33 200 personnes sur le territoire de Pierre-Boucher. Chez les Montérégiens de 65 ans et plus, ces proportions grimpent respectivement à 17 et 48 %.

En 2006-2009, 15 % des hospitalisations en soins physiques de courte durée de la population du RLS – soit en moyenne 2 541 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'hospitalisation. Pour cette même période, le taux d'hospitalisations pour maladies de l'appareil circulatoire est significativement moins 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 8 % des décès et de 10 % des hospitalisations de la population du RLS. Le RLS affiche des taux de mortalité et d'hospitalisations pour maladies de l'appareil respiratoire significativement inférieurs à ceux du Québec.

En 2007-2008, environ 9 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'asthme et 2 % être atteints de bronchite chronique, ce qui représente respectivement 19 300 et 5 300 personnes à l'échelle du RLS.

Diabète

En 2006-2007, 13 275 personnes de 20 ans et plus étaient atteintes de diabète, soit 7,4 % 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 (problèmes cardiaques, 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 Pierre-Boucher vivant en ménage privé présentent les facteurs de risque suivants :

- environ 43 % des adultes consomment moins de cinq portions de fruits et légumes par jour;
- environ 36 % des adultes pratiquent une activité physique de loisir moins d'une fois par semaine;
- environ 22 % des adultes fument à tous les jours ou à l'occasion;
- environ 53 % des adultes présentent un surplus de poids, soit 35 % de l'embonpoint et 18 % de l'obésité.

SANTÉ MENTALE/PSYCHOSOCIALE

En 2006-2009, on dénombre en moyenne 1 062 hospitalisations par année pour troubles mentaux en soins physiques de courte durée chez les résidents du RLS Pierre-Boucher.

En 2004-2007, le nombre annuel moyen de suicides s'élève à 35 sur le territoire de Pierre-Boucher. 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 1 514 signalements concernant les enfants du RLS, soit une augmentation de 29 % par rapport à 1999-2000. Le nombre de signalements retenus a aussi augmenté pour atteindre un sommet de 760 en 2006-2007. On en comptait 650 en 2009-2010. Depuis 2007-2008, les abus physiques et sexuels ainsi que la négligence constituent les deux principaux motifs de signalements retenus. Au nombre de 208, les nouvelles prises en charge représentent 32 % des signalements retenus en 2009-2010.

En Montérégie, en 2003-2007, le taux de grossesse chez les adolescentes se situe à 12,7 pour 1 000 jeunes filles de 14-17 ans. À l'échelle du RLS, cela représente en moyenne 80 grossesses par année.

UN PORTRAIT À NUANCER

Un portrait global comme celui-ci peut difficilement traduire adéquatement la réalité de chacun des trois secteurs de mission CLSC du RLS Pierre-Boucher. On s'assurera donc que l'identification des besoins de santé tienne compte le plus possible des disparités démographiques, socioéconomiques et de santé qui prévalent sur le territoire.

ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

SERVICES OFFERTS

En santé physique médecine

- Unités de soins, médecine
- Soins intensifs
- Urgence
- Hémato-oncologie
- Pneumologie
- Cardiologie
- Médecine interne
- Médecine générale intrahospitalière
- Médecine de jour
- Toutes les autres spécialités de médecine
- Nutrition clinique
- Soins palliatifs
- Service social
- Inhalothérapie
- Neurologie
- Ergothérapie
- Médecine générale extrahospitalière
- Groupe de médecine familiale (GMF)
- Services courants santé
- Soutien à domicile
- Soins palliatifs
- Réadaptation
- Nutrition
- Intervention communautaire
- Clinique réseau

En santé physique chirurgie

- Unités de soins, chirurgie
- Bloc opératoire
- Unité de retraitement des dispositifs médicaux
- Bloc endoscopique et chirurgie mineure
- Chirurgie d'un jour
- Cliniques externes spécialisées
- Services ambulatoires chirurgicaux
- Audiologie
- Réadaptation – clientèle santé physique

En famille-enfance-jeunesse, santé mentale jeunesse et déficience intellectuelle jeunesse

- Natalité
- Centre pour victimes d'agression sexuelle (agression de plus de 5 jours)
- Santé mentale jeunesse
- Scolaire (psychosocial et santé)
- Psychosocial Famille-Enfance
- Clinique jeunesse
- Carrefour socio-médical jeunesse du grand Longueuil
- Services sociaux – Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (DI-TED)
- Dépendances jeunesse
- Crise-Adolescent-Famille-Enfance
- Accueil psychosocial
- Nutrition
- Petite enfance
- Santé dentaire
- Intervention communautaire
- Suivi victimes d'agression sexuelle (agression de moins de 5 jours)

En Santé mentale adulte et déficience intellectuelle adulte

- Psychiatrie adulte, consultation externe
- Unités de soins psychiatriques
- Centre de jour
- Hôpital de jour
- Suivi intensif dans le milieu
- Soutien d'intensité variable
- Centre de crise
- Accueil psychosocial
- Services psychosociaux
- Équipe de santé mentale
- Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (DI-TED)

En perte d'autonomie liée au vieillissement et à la déficience physique

Milieu de vie naturel et ressources non institutionnelles :

- Accueil-évaluation-orientation
- Soins infirmiers
- Service social
- Réadaptation
- Inhalothérapie
- Nutrition clinique
- Aide à domicile
- Organisation communautaire
- Soutien à la famille
- Ressources non institutionnelles
- Centres de jour
- Programme d'hébergement temporaire
- Programme d'aides techniques
- Programme de places achetées
- Relations de partenariat et alliances externes
- Département de médecine extra-hospitalière

Services gériatriques de 2^e ligne :

- Unité de soins de gériatrie active
- Hôpital de jour
- Clinique spécialisée
- Service social
- Réadaptation
- Neuropsychologie
- Équipe de consultation gériatrique
- Département de gériatrie

En hébergement

- Orientation, admission et intégration
- Nutrition clinique
- Services de réadaptation (ergothérapie et physiothérapie)
- Éducation spécialisée
- Service social
- Service d'animation et d'activités récréatives
- Bénévolat
- Pharmacie
- Département de gériatrie
- Transport
- Unité de santé mentale régionale
- Soins infirmiers
- Services d'assistance
- Services médicaux
- Conseillères spécialisées en gériatrie
- Unité prothétique

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET PRIORITÉS D'ACTION

En septembre 2007, le conseil d'administration a procédé à l'adoption des priorités organisationnelles 2007-2010 de l'établissement. De ces priorités, six grands axes stratégiques en lien avec les objectifs du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Agence de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie ont été déterminés.

Au terme de trois années, la majorité des actions identifiées pour atteindre les objectifs liés aux priorités organisationnelles 2007-2010 sont réalisées. Voici les objectifs atteints au cours de la dernière année.

AXE 1 : LA GOUVERNE ORGANISATIONNELLE

Objectifs

Repositionner la fonction d'encadrement.

Actions

Octroi de 400 000 \$ du ministère de la Santé et des Services sociaux pour la réalisation du projet Focus Gestionnaire au CSSS Pierre-Boucher, un des neuf projets pilotes choisis dans le cadre du programme de développement de l'environnement de travail et des rôles et responsabilités des cadres du réseau de la santé et des services sociaux.

Soutenir la prise de décision éthique.

- Élaboration et distribution des brochures tirées du code d'éthique et destinées aux employés, médecins et bénévoles ainsi qu'aux usagers des centres d'hébergement.
- Adoption des règlements du comité de bioéthique.
- Déploiement des services en éthique clinique par le soutien aux intervenants lors de situations éthiques complexes, par de la formation et par l'instauration des cafés éthiques.

AXE 2 : LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION

Objectifs

Prendre un virage vers de saines habitudes alimentaires au sein du CSSS Pierre-Boucher.

Actions

- Sous le thème « On s'entraîne à la santé », lancement du projet Virage santé, qui a pour but de faire la promotion de saines habitudes de vie en milieu de travail en soutenant le personnel en regard de l'alimentation, de l'activité physique et de la cessation tabagique.
- Adoption et mise en œuvre de la politique pour une saine alimentation conformément aux orientations ministérielles et transformation de l'offre alimentaire de la cafétéria de l'hôpital par l'élimination des gras saturés, des fritures et par l'ajout de produits santé à haute valeur nutritive.

AXE 3 : LA DISPONIBILITÉ, LA FIDÉLISATION ET LA QUALIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

Objectifs

Revoir l'organisation du travail et de la main-d'œuvre dans des secteurs ciblés.

Actions

Révision de l'organisation des soins, des services et du travail au bloc opératoire.

Recruter et fidéliser une main-d'œuvre qualifiée en quantité suffisante.

- Titularisation des postes de 1 315 infirmières, infirmières cliniciennes, infirmières auxiliaires et inhalothérapeutes.
- Attraction d'un second médecin omnipraticien dans la municipalité de Verchères.
- Réalisation d'une campagne publicitaire, en collaboration avec la municipalité de Saint-Amable et le député de Verchères, pour attirer de nouveaux médecins omnipraticiens dans cette localité.
- Réalisation du projet de préceptorat pour les jeunes infirmières et infirmières auxiliaires de moins de trois ans d'expérience, dans le but de les soutenir dans le développement de leurs compétences et de les sécuriser dans leur pratique professionnelle.
- En partenariat avec le CSSS Jardins-Roussillon et dans un objectif de fidélisation et de qualité des services, réalisation d'un projet visant à offrir un soutien à la pratique des professionnels cliniques, basé sur l'approche par compétences.

AXE 4 : L'EFFICIENCE ET LA CONFORMITÉ

Objectifs

Assurer l'implantation de la nouvelle politique de gestion des stationnements.

Actions

Adoption d'une politique sur la gestion des espaces de stationnement, conformément à la circulaire ministérielle relative à l'exploitation des activités accessoires commerciales des établissements.

AXE 5 : LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ

Objectifs

Donner suite aux conditions du programme d'agrément et préparer la visite de 2013.

Actions

Instauration d'une liste de vérification systématique préalable à toute intervention chirurgicale dans le but de diminuer les risques reliés à une chirurgie.

Mettre en place des processus d'amélioration de la sécurité des usagers.

Implantation de l'année II du programme AMPRO (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) dans le secteur de la périnatalité.

AXE 6 : L'ACCESSIBILITÉ ET LA CONTINUITÉ

Objectifs

Améliorer l'accessibilité et l'offre de service de secteurs ciblés.

Actions

- Investissement de 607 000 \$ et autorisation d'aménager une nouvelle salle d'hémodynamie dans le but de consolider les services de cardiologie tertiaire.
- Accueil et intégration de deux infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en première ligne qui exercent leur pratique au GMF Marguerite-d'Youville et au CLSC des Seigneuries de Saint-Amable.
- Révision et actualisation de la politique d'accès à l'hébergement en vigueur pour la sous-région de Longueuil en vue de clarifier et d'uniformiser les règles d'application claires et favoriser l'accessibilité aux lits d'hébergement.

Assurer à la clientèle vulnérable l'accès à un médecin de famille.

- Lancement auprès des médecins omnipraticiens du territoire d'une campagne d'adhésion au guichet d'accès pour la clientèle vulnérable sans médecin de famille et augmentation du nombre de patients référés de 60 % par rapport à l'an dernier.
- Élaboration d'un répertoire des ressources du CSSS Pierre-Boucher pour les omnipraticiens du territoire.

Consolider l'accès aux services médicaux de 1^{ère} ligne, spécialisés et diagnostics.

- Actualisation de la fonction de psychiatre répondant en vue de soutenir le travail des équipes de première ligne et d'assurer un meilleur arrimage avec les services spécialisés en santé mentale.
- Révision des listes d'attente en endoscopie digestive et en chirurgie et conformité aux exigences ministérielles en regard des délais optimaux pour accéder à ces services.

Assurer le déploiement du RSIPA selon les étapes et priorités définies par les autorités ministérielles.

Implantation de l'outil informatisé d'évaluation de la clientèle dans le contexte d'un réseau de services intégrés pour personnes âgées (RSIPA) qui permet aux intervenants concernés, quel que soit leur lieu de travail, d'avoir accès en tout temps à l'évaluation de la condition de l'utilisateur et ainsi, assurer une meilleure continuité dans les services offerts.

Réaliser le projet clinique aux fins d'améliorer l'accessibilité et la continuité.

Achèvement de 50 % des travaux du projet clinique par la finalisation de la démarche et l'élaboration des plans d'action pour les tables de continuum de services Santé mentale jeunesse, Santé mentale adulte, 6-18/24 ans et leur famille (incluant les troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité) et Perte d'autonomie liée au vieillissement.

Assurer la participation des partenaires du réseau local de services au développement du projet clinique.

Réunion à deux reprises de l'Assemblée des partenaires, composée de 30 personnes représentatives des partenaires du réseau local de services Pierre-Boucher.

MOYENS MIS EN PLACE POUR ÉVALUER LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

Dans le cadre du programme AMPRO (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux), un sondage a été effectué auprès de la clientèle des services de natalité pour connaître son niveau de satisfaction à l'égard des services reçus. AMPRO est un programme complet de trois ans, visant la sécurité des patientes, le perfectionnement professionnel et l'amélioration de la performance des professionnels de la santé et des administrateurs des unités obstétricales hospitalières. Les résultats de ce sondage et les cibles d'amélioration de ce programme, qui en est à sa deuxième année d'implantation, seront connus et mis en place au cours de l'année 2011-2012.

LES RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS PRÉVUS

RÉSULTATS DE L'ENTENTE DE GESTION 2010-2011

Les établissements de santé et de services sociaux sont tenus de signer une entente de gestion et d'imputabilité avec l'Agence de la santé et des services sociaux de leur territoire. Cette entente est axée sur la production de résultats et sur l'imputabilité de l'administration publique. Le bilan de cette entente, au terme de l'année 2010-2011, est positif pour le CSSS Pierre-Boucher. La grande majorité des cibles ont été atteintes, voire dépassées et plusieurs sont en bonne voie de l'être.

TABLEAU DE BORD DE GESTION 2010-2011

Sommaire des résultats de la période 13 se terminant le 31 mars 2011

	Taux d'atteinte des cibles ¹²			
	< 80%	80%-94%	>= 95%	Total
Programme Famille-enfance-jeunesse, déficience intellectuelle jeunesse, santé mentale jeunesse	7	6	9	22
Programme Perte d'autonomie liée au vieillissement et à la déficience physique	1	2	9	12
Programme Santé mentale adulte et déficience intellectuelle adulte	4	7	4	15
Programme Santé physique chirurgie	2		11	13
Programme Santé physique médecine	4		4	8
Direction Ressources humaines et développement organisationnel	1	2	4	7
Direction Soins infirmiers et programmes de santé publique	1			1
Direction Médicale et des services professionnels			4	4
Ensemble des programmes et directions	20	17	45	82
	24,4%	20,7%	54,9%	

Note 1 : 4 indicateurs indicateurs sont manquants dans le TB de l'EGI du MSSS. Au total, ce sont 86 indicateurs que nous avons suivis au cours de 2010-2011

Note 2 : Incluant 8 indicateurs maison dans les programmes FEJ-DJ-SMJ et SMA-DIA (demandés par le comité de direction).

Période 13 se terminant le 31 mars 2011

Indicateurs ¹	Fréquence d'analyse ²	2010-2011				2009-2010		Commentaires	
		P13	Proj. ³	Cible ⁶	Tx att. ^{4,5}	P13	P13		
Programme-clients : FEJ, SM jeunesse et DI jeunesse									
1.5.11	Nombre de pers. ayant une DI-TED recevant des services de SAD	Périodique	723	723	544	133%	646	646	
1.5.1	Nombre de pers. ayant une DI recevant des services de SAD	Périodique	463	463	367	126%	403	403	
1.5.4	Nombre de pers. ayant un TED recevant des services de SAD	Périodique	282	282	177	159%	251	251	
1.5.12	Nombre moyen d'interv. en SAD par usager DI-TED	Périodique	7,1	7,1	7,9	90%	6,6	6,6	- Ajout d'un temps complet pour augmenter l'intensité du service.
1.5.2	Nombre moyen d'interv. en SAD par usager DI	Périodique	7,5	7,5	8,5	88%	7,1	7,1	
1.5.5	Nombre moyen d'interv. en SAD par usager TED	Périodique	5,8	5,8	6,5	89%	5,7	5,7	
1.5.13	Nombre d'usagers ayant une DI-TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par all. dir.	P07-P11-P13	339	339	346	98%	344	344	
1.5.3	Nombre d'usagers ayant une DI dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par all. dir.	P07-P11-P13	188	188	208	90%	186	186	
1.5.6	Nombre d'usagers ayant un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par all. dir.	P07-P11-P13	151	151	138	109%	158	158	
1.5.L.1	Taux de respect du délai d'accès aux services pour les enfants de moins de 6 ans dont la demande est de niveau de priorité élevé (< 30 jours) en DI-TED	Périodique	0%	0%	90%	0%	25%	25%	Détail : 0 dans les délais par rapport à 1 demande (0/1).
1.5.M.1	Taux de respect du délai d'accès aux services pour les pers. de tous âges dont la demande est de niveau de priorité élevé (< 30 jours) en DI-TED	Périodique	64%	64%	90%	71%	26%	26%	Détail : 18 dans les délais par rapport à 24 demandes (18/24). - Contraintes possibles : - Parents non disponibles - Manque d'intervenants
1.5.N.1	Taux de respect du délai d'accès aux services pour les pers. de tous âges dont la demande est de niveau de priorité urgent (< 72 heures) en DI-TED	Périodique	29%	29%	90%	32%	13%	13%	- Détail : 2 dans les délais par rapport à 7 demandes (2/7). - Les résultats sont tributaires du délai engendré par l'AAO (Accueil-Analyse-Orientation).
1.5.O.1	Taux de respect du délai d'accès aux services pour les pers. de tous âges dont la demande est de niveau de priorité modérée (< 365 jours) en DI-TED	Périodique							Données non disponibles dans le tableau de bord du MSSS. À vérifier avec l'Agence.
1.6.1	Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints	Périodique	2 565	2 565	2 610	98%	2 485	2 485	
1.6.2	Nombre moyen d'interv. par usager (jeunes et leur famille)	Périodique	9,0	9,0	7,0	129%	9,0	9,0	- Lourdeur de clientèle plus importante. - L'intensité du service est offert sans l'ajout de temps supplémentaire ou de main-d'œuvre indépendante.
1.8.C	Nbre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de TM ayant reçu des serv. de 1ère ligne en SM Note : Incluant la correction de 139 usagers supplémentaires pour tenir compte de la fonction de professionnel répondant (Ratio = 1 ETC pour 120 usagers)	Périodique	657	657	837	78%	637	637	- Cause possible : 2 remplacements non comblés durant l'année pour 1,5 ETC.
IM1.1	Nbre de prof. ETC dédiés aux serv. de SM de 1ère ligne - usagers de moins de 18 ans (UA : 593990)	Périodique	16,0	16,0	18,6	86%	16,5	16,5	
IM1.2	Ratio de prise en charge des usagers de moins de 18 ans en SM 1ère ligne par les prof. ETC	Périodique	41,2	41,2	45,0	91%	38,7	38,7	- Selon les lignes directrices de l'entente de gestion, ce sont 45 usagers pour 1 ETC à la P13. - Mise en place durant l'année d'une distribution systématique des dossiers (environ 1 par semaine par intervenant).
1.1.12	Prop. des femmes nouvellement inscrites aux SIPPE au cours de l'année financière 2010-2011	P07-P11-P13	104%	104%	87%	119%	107%	107%	
1.1.13	Prop. d'écoles qui implantent l'approche l'École en santé	P07-P11-P13	25%	25%	17%	145%	17%	17%	

Période 13 se terminant le 31 mars 2011

Indicateurs ¹	Fréquence d'analyse ²	2010-2011				2009-2010		Commentaires	
		P13	Proj. ³	Cible ⁶	Tx att. ^{4,5}	P13	P13		
Programme-clientèle : FEJ, SM jeunesse et DI jeunesse									
1.5.11	Nombre de pers. ayant une DI-TED recevant des services de SAD	Périodique	723	723	544	133%	646	646	
1.5.1	Nombre de pers. ayant une DI recevant des services de SAD	Périodique	463	463	367	126%	403	403	
1.5.4	Nombre de pers. ayant un TED recevant des services de SAD	Périodique	282	282	177	159%	251	251	
1.5.12	Nombre moyen d'interv. en SAD par usager DI-TED	Périodique	7,1	7,1	7,9	90%	6,6	6,6	- Ajout d'un temps complet pour augmenter l'intensité du service.
1.5.2	Nombre moyen d'interv. en SAD par usager DI	Périodique	7,5	7,5	8,5	88%	7,1	7,1	
1.5.5	Nombre moyen d'interv. en SAD par usager TED	Périodique	5,8	5,8	6,5	89%	5,7	5,7	
1.5.13	Nombre d'usagers ayant une DI-TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par all. dir.	P07-P11-P13	339	339	346	98%	344	344	
1.5.3	Nombre d'usagers ayant une DI dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par all. dir.	P07-P11-P13	188	188	208	90%	186	186	
1.5.6	Nombre d'usagers ayant un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par all. dir.	P07-P11-P13	151	151	138	109%	158	158	
1.5.L.1	Taux de respect du délai d'accès aux services pour les enfants de moins de 6 ans dont la demande est de niveau de priorité élevé (< 30 jours) en DI-TED	Périodique	0%	0%	90%	0%	25%	25%	Détail : 0 dans les délais par rapport à 1 demande (0/1).
1.5.M.1	Taux de respect du délai d'accès aux services pour les pers. de tous âges dont la demande est de niveau de priorité élevé (< 30 jours) en DI-TED	Périodique	64%	64%	90%	71%	26%	26%	Détail : 18 dans les délais par rapport à 24 demandes (18/24). - Contraintes possibles : - Parents non disponibles - Manque d'intervenants
1.5.N.1	Taux de respect du délai d'accès aux services pour les pers. de tous âges dont la demande est de niveau de priorité urgent (< 72 heures) en DI-TED	Périodique	29%	29%	90%	32%	13%	13%	- Détail : 2 dans les délais par rapport à 7 demandes (2/7). - Les résultats sont tributaires du délai engendré par l'AAO (Accueil-Analyse-Orientation).
1.5.O.1	Taux de respect du délai d'accès aux services pour les pers. de tous âges dont la demande est de niveau de priorité modérée (< 365 jours) en DI-TED	Périodique							Données non disponibles dans le tableau de bord du MSSS. À vérifier avec l'Agence.
1.6.1	Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints	Périodique	2 565	2 565	2 610	98%	2 485	2 485	
1.6.2	Nombre moyen d'interv. par usager (jeunes et leur famille)	Périodique	9,0	9,0	7,0	129%	9,0	9,0	- Lourdeur de clientèle plus importante. - L'intensité du service est offert sans l'ajout de temps supplémentaire ou de main-d'œuvre indépendante.
1.8.C	Nbre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de TM ayant reçu des serv. de 1ère ligne en SM Note : Incluant la correction de 139 usagers supplémentaires pour tenir compte de la fonction de professionnel répondant (Ratio = 1 ETC pour 120 usagers)	Périodique	657	657	837	78%	637	637	- Cause possible : 2 remplacements non comblés durant l'année pour 1,5 ETC.
IM1.1	Nbre de prof. ETC dédiés aux serv. de SM de 1ère ligne - usagers de moins de 18 ans (UA : 593990)	Périodique	16,0	16,0	18,6	86%	16,5	16,5	
IM1.2	Ratio de prise en charge des usagers de moins de 18 ans en SM 1ère ligne par les prof. ETC	Périodique	41,2	41,2	45,0	91%	38,7	38,7	- Selon les lignes directrices de l'entente de gestion, ce sont 45 usagers pour 1 ETC à la P13. - Mise en place durant l'année d'une distribution systématique des dossiers (environ 1 par semaine par intervenant).
1.1.12	Prop. des femmes nouvellement inscrites aux SIPPE au cours de l'année financière 2010-2011	P07-P11-P13	104%	104%	87%	119%	107%	107%	
1.1.13	Prop. d'écoles qui implantent l'approche l'École en santé	P07-P11-P13	25%	25%	17%	145%	17%	17%	

Indicateurs ¹		Fréquence d'analyse ²	2010-2011				2009-2010		Commentaires
			P13	Proj. ³	Cible ⁶	Tx att. ^{4,5}	P13	P13	
Programme-clientèle : FEJ, SM jeunesse et DI jeunesse									
1.1.14	Prop. des enfants recevant leur 1ère dose de vaccin contre DCaT-Plio-Hib dans les délais	Périodique	63%	63%	90%	70%	50%	50%	- En cours d'année, des rappels téléphoniques ont été mis en place afin de s'assurer de la présence des parents aux rendez-vous des vaccins.
1.1.15	Prop. des enfants recevant leur 1ère dose de vaccin contre le méningocoque du sérogroupe C dans les délais	Périodique	37%	37%	90%	41%	40%	40%	
1.1.16	Prop. des enfants recevant leur 1ère dose de vaccin contre le pneumocoque dans les délais	Périodique	64%	64%	90%	71%	52%	52%	
Programme-clientèle : PALV-DP									
1.3.1	Nombre de pers. en perte d'autonomie recevant des services de SAD reçues par les PPA	Périodique	4 419	4 419	3 802	116%	4 128	4 128	Le dépassement de la cible s'est fait en partie sur des dépassements budgétaires.
1.3.2	Nombre moyen d'interv. en SAD reçues par les PPA	Périodique	28,8	28,8	27,6	104%	27,9	27,9	
1.3.3	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	P07-P11-P13	3,22	3,22	3,40	95%	2,93	2,93	
1.3.4	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	P07-P11-P13	0,16	0,16	0,17	95%	0,18	0,18	
1.4.1	Nombre de pers. ayant une DP recevant des services de SAD	Périodique	1 019	1 019	981	104%	1 059	1 059	
1.4.2	Nombre moyen d'interv. en SAD par usager DP	Périodique	51,1	51,1	34,5	148%	42,9	42,9	- La cible ne reflète pas les besoins des usagers auxquels nous voulons répondre.
1.4.3	Nombre d'usagers ayant une DP dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par all. dir.	P07-P11-P13	94	94	86	109%	86	86	
1.4.L.1	Taux de respect du délai d'accès aux services pour les enfants de moins de 6 ans dont la demande est de niveau de priorité élevé (30 jours) en DP	Périodique	75%	75%	90%	83%	67%	67%	Causes possibles : - Ressources financières très limitées - Longues listes d'attente - Absence en ergothérapie et difficulté de recrutement Actions effectuées : - Formation des AEO sur l'objet de la demande pour refléter le service rendu et non le profil de l'usager (amélioration de la codification). - Rapports de validation à toutes les périodes afin de s'assurer de la codification adéquate des AEO - Formation des intervenants sur le cadre normatif.
1.4.M.1	Taux de respect du délai d'accès aux services pour les pers. de tous âges dont la demande est de niveau de priorité élevé (< 30 jours) en DP	Périodique	73%	73%	90%	81%	57%	57%	- Détail 1.4.L.1 : 3 dans les délais par rapport à 4 demandes (3/4)
1.4.N.1	Taux de respect du délai d'accès aux services pour les pers. de tous âges dont la demande est de niveau de priorité urgent en DP	Périodique	61%	61%	90%	68%	57%	57%	- Détail 1.4.M.1 : 131 dans les délais par rapport à 180 demandes (131/180) - Détail 1.4.N.1 : 41 dans les délais par rapport à 67 demandes (41/67)
1.4.O.1	Taux de respect du délai d'accès aux services pour les pers. de tous âges dont la demande est de niveau de priorité modérée (< 365 jours) en DP	Périodique							- Données non disponibles dans le tableau de bord du MSSS. À vérifier avec l'Agence.
IR.2.2	Nombre de pers. âgées différentes dont les proches ont reçu du répit (SAAN)	P07-P13	118	118	61	193%	278	278	
IR.2.3	Nombre d'heures de répit effectuées (SAAN)	P07-P13	25 362	25 362	25 610	99%	28 195	28 195	

Source : Tableau de bord de l'EGI du MSSS, GESTRED et données internes à l'établissement

Note 1 : IR = Indicateur régional, IM = Indicateur maison, Rose = Données non périodique:

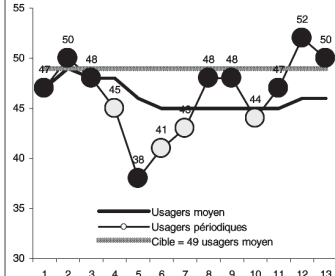
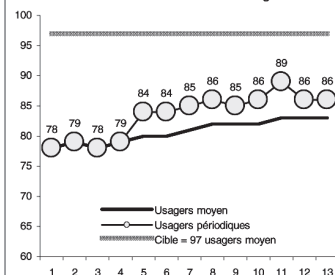
Note 2 : Dans le cas des indicateurs dont la fréquence de parution n'est pas périodique, les données affichées ne correspondent pas nécessairement à la période de l'analyse

Note 3 : Généralement, la projection est calculée selon l'évolution de la courbe des volumes d'activités des années antérieures

Note 4 : Inférieur à 80% : **Rouge**, Entre 80% et 94% : **Jaune**, Supérieur à 95% : **Vert**.

Note 5 : Le calcul du taux d'atteinte est : (((Projection - Cible) x 1) / Cible) + 1 x 100 -> ratio de performance ou (((Projection - Cible) x -1) / Cible) + 1 x 100 -> ratio de contre-performance

Note 6 : Il s'agit de l'engagement déboursé pour l'année en cours

Indicateurs ¹	Fréquence d'analyse ²	2010-2011				2009-2010		Commentaires																																											
		P13	Proj. ³	Cible ⁶	Tx att. ^{4,5}	P13	P13																																												
Programme-clientèle : Santé mentale adulte et déficience intellectuelle adulte																																																			
1.2.2	Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux	Périodique	726	726	694	105%	694	694																																											
1.2.3	Nombre moyen d'interv. par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux	Périodique	6,4	6,4	6,9	93%	6,4	6,4																																											
1.8.4	Nombre d'usagers de 18 ans et plus dont le délai d'accès aux services de 2 ^e ligne en SM est supérieur à 60 jours <i>* Cause possibles : À la période 10, absence de 2 médecins psychiatres</i>	Périodique	45	45	0		99	99	- De nouvelles mesures seront mises en place pour évaluer les usagers en attente - Absence de 2 médecins psychiatres depuis la période 10 - Ajout de 2 médecins psychiatres en juin 2011																																										
1.8.5i	Nbre de places en SIV dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services - CSSS	Périodique	46	46	49	94%	44	44	- Aux périodes 12 et 13, les valeurs périodiques se situaient à 52 et 50 usagers, soit au-delà de la cible, cependant la moyenne annuelle à la P13 se chiffre à 46 usagers pour une cible à 49. Le graphique ci-dessous explique bien la situation entre la valeur moyenne et périodique.																																										
									 <table border="1"> <caption>Données du graphique 1.8.5i</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Usagers moyens</th> <th>Usagers périodiques</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>47</td><td>47</td></tr> <tr><td>2</td><td>48</td><td>48</td></tr> <tr><td>3</td><td>45</td><td>45</td></tr> <tr><td>4</td><td>38</td><td>38</td></tr> <tr><td>5</td><td>41</td><td>41</td></tr> <tr><td>6</td><td>42</td><td>42</td></tr> <tr><td>7</td><td>43</td><td>43</td></tr> <tr><td>8</td><td>46</td><td>46</td></tr> <tr><td>9</td><td>46</td><td>46</td></tr> <tr><td>10</td><td>44</td><td>44</td></tr> <tr><td>11</td><td>47</td><td>47</td></tr> <tr><td>12</td><td>46</td><td>52</td></tr> <tr><td>13</td><td>46</td><td>50</td></tr> </tbody> </table>	Période	Usagers moyens	Usagers périodiques	1	47	47	2	48	48	3	45	45	4	38	38	5	41	41	6	42	42	7	43	43	8	46	46	9	46	46	10	44	44	11	47	47	12	46	52	13	46	50
Période	Usagers moyens	Usagers périodiques																																																	
1	47	47																																																	
2	48	48																																																	
3	45	45																																																	
4	38	38																																																	
5	41	41																																																	
6	42	42																																																	
7	43	43																																																	
8	46	46																																																	
9	46	46																																																	
10	44	44																																																	
11	47	47																																																	
12	46	52																																																	
13	46	50																																																	
IM3.1	Nombre de postes dédiés au SIV (UA : 594250)	Périodique	2,0	2,0	2,0	102%	2,0	2,0																																											
IM3.2	Ratio de prise en charge des usagers SIV par ETC	Périodique	23,0	23,0	25,0	92%	22,0	22,0	- Selon les lignes directrices de l'entente de gestion, c'est 12 à 25 usagers pour 1 ETC à la P13. Pour les fins du calcul, nous avons utilisé le ratio 1 ETC pour 25 usagers.																																										
1.8.5ii	Nbre de places en SIV dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services - OC	Périodique	49	49	74	66%	nd	75	- Des mesures de suivi au début de l'année 2011-12 seront mises en place afin d'augmenter les références vers les organismes communautaires																																										
1.8.6	Nombre de places en service de SIM pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	Périodique	83	83	97	86%	76	76	- Depuis la période 5, les valeurs périodiques se situent au-delà des 84 usagers, pour une pointe à la période 11 de 89 usagers. Cependant, la valeur moyenne à la période 13 se chiffre à 83 usagers pour un taux d'atteinte de la cible de 86%. Le graphique ci-dessous explique bien la situation entre la valeur moyenne et périodique. - Au cours de l'année, nous avons eu 2 démissions et 2 congés de grossesse. - Ajout de ressources au cours de la prochaine année afin d'accueillir de nouveaux usagers.																																										
									 <table border="1"> <caption>Données du graphique 1.8.6</caption> <thead> <tr> <th>Période</th> <th>Usagers moyens</th> <th>Usagers périodiques</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>78</td><td>78</td></tr> <tr><td>2</td><td>79</td><td>79</td></tr> <tr><td>3</td><td>78</td><td>78</td></tr> <tr><td>4</td><td>78</td><td>78</td></tr> <tr><td>5</td><td>84</td><td>84</td></tr> <tr><td>6</td><td>84</td><td>84</td></tr> <tr><td>7</td><td>85</td><td>85</td></tr> <tr><td>8</td><td>86</td><td>86</td></tr> <tr><td>9</td><td>85</td><td>85</td></tr> <tr><td>10</td><td>86</td><td>86</td></tr> <tr><td>11</td><td>86</td><td>89</td></tr> <tr><td>12</td><td>86</td><td>86</td></tr> <tr><td>13</td><td>86</td><td>86</td></tr> </tbody> </table>	Période	Usagers moyens	Usagers périodiques	1	78	78	2	79	79	3	78	78	4	78	78	5	84	84	6	84	84	7	85	85	8	86	86	9	85	85	10	86	86	11	86	89	12	86	86	13	86	86
Période	Usagers moyens	Usagers périodiques																																																	
1	78	78																																																	
2	79	79																																																	
3	78	78																																																	
4	78	78																																																	
5	84	84																																																	
6	84	84																																																	
7	85	85																																																	
8	86	86																																																	
9	85	85																																																	
10	86	86																																																	
11	86	89																																																	
12	86	86																																																	
13	86	86																																																	
IM4.1	Nombre de postes dédiés au SIM (UA : 594150)	Périodique	9,8	9,8	10,8	91%	-	-	- Au nombre d'ETC dédiés, il faudrait ajouter le poste de supervision de 1,0 ETC.																																										
IM4.2	Ratio de prise en charge des usagers SIM par ETC	Périodique	8,5	8,5	9,0	94%	-	-	- Selon les lignes directrices de l'entente de gestion, c'est 9 usagers pour 1 ETC à la P13.																																										

Indicateurs ¹	Fréquence d'analyse ²	2010-2011				2009-2010		Commentaires	
		P13	Proj. ³	Cible ⁶	Tx att. ^{4,5}	P13	P13		
Programme-clientèle : Santé mentale adulte et déficience intellectuelle adulte									
1.8.7	Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de SM	Périodique	27,9	27,9	11,0		28,3	28,3	- Légère baisse de la durée moyenne de séjour par rapport à la même période l'année dernière. - Évaluation en amont par une infirmière clinicienne au lieu de voir un psychiatre aux urgences. - Évaluation au guichet d'accès du CLSC au lieu d'une évaluation aux urgences.
1.8.8	Pourc. de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de SM	Périodique	8,0%	8,0%	0,0%		11,4%	11,4%	
1.8.D	Nbre d'usagers de 18 ans et + souffrant de TM ayant reçu des services de 1ère ligne en SM Note : Incluant les corrections de 120 usagers supplémentaires pour tenir compte de la fonction de professionnel répondant (Ratio = 1 ETC pour 120 usagers) et de 42 usagers supplémentaires pour tenir compte de la participation du CSSS au projet Qualité de l'INSPQ	Périodique	1 321	1 321	1 380	96%	1 160	1 160	
IM2.1	Nombre d'ETC dédiés aux serv. de SM de 1ère ligne des usagers de 18 ans et + (UA : 593910-20-30)	Périodique	17,2	17,2	20,6	83%	14,1	14,1	
IM2.2	Ratio de prise en charge des usagers de 18 ans et + en SM 1ère ligne par ETC	Périodique	76,9	76,9	67,0	115%	82,4	82,4	- Selon les lignes directrices de l'entente de gestion, ce sont 67 usagers pour 1 ETC à la P13.

Programme-clientèle : Santé physique chirurgie

1.9.11	Nombre d'arthroplastie de la hanche réalisée (PTH)	Périodique	79	79	57	139%	78	78	- Les données proviennent du système de gestion du bloc opératoire OPERA et les cibles sont celles qui ont été déterminées par le programme de santé physique chirurgie sauf pour la chirurgie bariatrique. Généralement, les cibles du programme sont plus élevées que celles de l'entente de gestion. - Démission d'un chirurgien spécialisé en chirurgie bariatrique en juillet 2010. L'équipe de 3 chirurgiens est amputée du tiers de ses effectifs, ce qui a un impact majeur sur les résultats attendus.
1.9.12	Nombre d'arthroplastie du genou réalisée (PTG)	Périodique	234	234	185	126%	206	206	
1.9.13	Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées (cataractes)	Périodique	2 689	2 689	2 250	120%	2 727	2 727	
1.9.14	Nombre de chirurgies d'un jour (CDJ) réalisées (incluant chirurgies mineurs et excluant cataractes)	Périodique	7 525	7 525	6 917	109%	6 990	6 990	
1.9.15	Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	Périodique	4 136	4 136	4 205	98%	4 056	4 056	
1.9.15i	Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH, PTG et chirurgies bariatriques)	Périodique	3 704	3 704	3 605	103%	3 606	3 606	
1.9.15ii	Nombre de chirurgies bariatriques réalisées - déviation gastrique	Périodique	30	30	90	33%	450	450	
1.9.15iii	Nombre de chirurgies bariatriques réalisées - lapband	Périodique	402	402	510	79%			
1.9.20	Pourc. des patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche (PTH)	Périodique	100%	100%	90%	111%	100%	100%	
1.9.21	Pourc. des patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou (PTG)	Périodique	99%	99%	90%	110%	100%	100%	
1.9.22	Pourc. des patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	Périodique	99%	99%	90%	110%	100%	100%	
1.9.23	Pourc. des patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie d'un jour	Périodique	94%	94%	90%	105%	93%	93%	
1.9.24	Pourc. des patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	Périodique	92%	92%	90%	103%	79%	79%	

Source : Tableau de bord de l'EGI du MSSS, GESTRED et données internes à l'établissement

Note 1 : IR = Indicateur régional, IM = Indicateur maison, Rose = Données non périodique

Note 2 : Dans le cas des indicateurs dont la fréquence de parution n'est pas périodique, les données affichées ne correspondent pas nécessairement à la période de l'analyse

Note 3 : Généralement, la projection est calculée selon l'évolution de la courbe des volumes d'activités des années antérieures

Note 4 : Inférieur à 80% : **Rouge**, Entre 80% et 94% : **Jaune**, Supérieur à 95% : **Vert**.

Note 5 : Le calcul du taux d'atteinte est : (((Projection - Cible) x 1) / Cible) + 1 x 100 -> ratio de performance ou (((Projection - Cible) x -1) / Cible) + 1 x 100 -> ratio de contre-performance

Note 6 : Il s'agit de l'engagement déboursé pour l'année en cours

Indicateurs ¹	Fréquence d'analyse ²	2010-2011				2009-2010		Commentaires	
		P13	Proj. ³	Cible ⁶	Tx att. ^{4,5}	P13	P13		
Programme-clientèle : Santé physique médecine									
1.9.1	Séjour moyen sur civière	Périodique	23,2	23,2	11,0		22,4	22,4	
1.9.2	Séjour moyen sur civière des pers. de 75 ans et plus	Périodique	27,1	27,1	11,0		26,3	26,3	
1.9.3	Pourc. de séjour de 48 heures et plus sur civière	Périodique	3,0%	3,0%	0,0%		4,8%	4,8%	
1.9.3.1	Pourc. de séjour de 24 heures et plus sur civière	Périodique							- Données non disponibles dans le tableau de bord du MSSS. À vérifier avec l'Agence.
1.9.4	Pourc. de séjour de 48 heures et plus sur civière des pers. âgées de 75 ans et plus	Périodique	4,5%	4,5%	0,0%		6,7%	6,7%	
1.9.5	Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	Périodique	454	454	448	101%	500	500	
1.9.6	Nombre moyen d'interv. par usager en soins palliatifs à domicile	Périodique	20,9	20,9	16,0	130%	22,0	22,0	
IR3.1	Guichet d'accès aux pers. sans médecin de famille dites "orpheline et vulnérable" - Mise en place des effectifs du guichet (1 ETC infirmière et 1 ETC ressource administrative)	P13	Oui	Oui	Oui	100%	Oui	Oui	
IR3.2	Guichet d'accès aux pers. sans médecin de famille dites "orpheline et vulnérable" - Transmission de données selon SIGACO	P13	Oui	Oui	Oui	100%	Oui	Oui	

Source : Tableau de bord de l'EGI du MSSS, GESTRED et données internes à l'établissement

Note 1 : IR = Indicateur régional, IM = Indicateur maison, Rose = Données non périodique

Note 2 : Dans le cas des indicateurs dont la fréquence de parution n'est pas périodique, les données affichées ne correspondent pas nécessairement à la période de l'analyse

Note 3 : Généralement, la projection est calculée selon l'évolution de la courbe des volumes d'activités des années antérieures

Note 4 : Inférieur à 80% : **Rouge**, Entre 80% et 94% : **Jaune**, Supérieur à 95% : **Vert**.

Note 5 : Le calcul du taux d'atteinte est : $\frac{((\text{Projection} - \text{Cible}) \times 1) / \text{Cible} + 1}{2} \times 100$ -> ratio de performance ou $\frac{((\text{Projection} - \text{Cible}) \times -1) / \text{Cible} + 1}{2} \times 100$ -> ratio de contre-performance

Note 6 : Il s'agit de l'engagement déboursé pour l'année en cours

Indicateurs ¹	Fréquence d'analyse ²	2010-2011				2009-2010		Commentaires	
		P13	Proj. ³	Cible ⁶	Tx att. ^{4,5}	P13	P13		
Direction des ressources humaines									
3.1	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées $\left(\frac{\text{HAS}}{\text{HTR} + \text{HTS}}\right) \times 100$	Périodique	6,5%	6,5%	5,8%	88%	5,8%	5,8%	
3.4	Pourc. de postes à temps complet régulier pour les infirmières	P07-P13	42,1%	42,1%	60,0%	70%	41,4%	41,4%	- La cible est en révision au MSSS. Les attentes sont trop élevées, nous devrions plutôt parler de temps complets réguliers et temps partiels réguliers.
3.5.1	Pourc. des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier $\left(\frac{\text{HTS}}{\text{HTR} + \text{HTS}}\right) \times 100$	Périodique	4,9%	4,9%	5,2%	107%	5,3%	5,3%	
3.5.2	Pourc. des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau $\left(\frac{\text{HTS}}{\text{HTR} + \text{HTS}}\right) \times 100$	Périodique	3,2%	3,2%	4,1%	123%	nd	nd	
3.6.1	Pourc. de recours à la main-d'œuvre indépendante par le personnel infirmier $\left(\frac{\text{HTI}}{\text{HTR} + \text{HTS} + \text{HTI}}\right) \times 100$	Périodique	7,9%	7,9%	7,4%	94%	7,8%	7,8%	
3.6.2	Pourc. de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires $\left(\frac{\text{HTI}}{\text{HTR} + \text{HTS} + \text{HTI}}\right) \times 100$	Périodique	5,8%	5,8%	7,2%	120%	nd	nd	
3.6.3	Pourc. de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires $\left(\frac{\text{HTI}}{\text{HTR} + \text{HTS} + \text{HTI}}\right) \times 100$	Périodique	2,7%	2,7%	6,5%	159%	nd	nd	

Source : Tableau de bord de l'EGI du MSSS, GESTRED et données internes à l'établissement

Note 1 : IR = Indicateur régional, IM = Indicateur maison, Rose = Données non périodique

Note 2 : Dans le cas des indicateurs dont la fréquence de parution n'est pas périodique, les données affichées ne correspondent pas nécessairement à la période de l'analyse

Note 3 : Généralement, la projection est calculée selon l'évolution de la courbe des volumes d'activités des années antérieures

Note 4 : Inférieur à 80% : **Rouge**, Entre 80% et 94% : **Jaune**, Supérieur à 95% : **Vert**.

Note 5 : Le calcul du taux d'atteinte est : $\frac{((\text{Projection} - \text{Cible}) \times 1) / \text{Cible} + 1}{2} \times 100$ -> ratio de performance ou $\frac{((\text{Projection} - \text{Cible}) \times -1) / \text{Cible} + 1}{2} \times 100$ -> ratio de contre-performance

Note 6 : Il s'agit de l'engagement déboursé pour l'année en cours

***** Les données utilisées sont celles de la P12 projetées**

Indicateurs ¹	Fréquence d'analyse ²	2010-2011				2009-2010		Commentaires
		P13	Proj. ³	Cible ⁶	Tx att. ^{4,5}	P13	P13	

Direction des soins infirmiers et promotion-prévention

IR	L'établis. aura réalisé les activités lui permettant d'atteindre les résultats inscrits à son plan d'action locale de santé publique	P13	Oui	Oui	Oui		Oui	Oui	
----	--	-----	-----	-----	-----	--	-----	-----	--

Résultats globaux :

- 43 des 85 engagements du CSSS doivent être atteints annuellement (nous avons 3 ans, jusqu'en 2012, pour atteindre les autres).
- Pour 29 engagements sur 43, les résultats sont disponibles. Ceux qui ne le sont pas encore, le seront plus tard au cours de l'été ou au début de l'automne. Ils se rapportent aux activités des hygiénistes dentaires et des infirmières dans les écoles (vaccination), et à la campagne saisonnière de vaccination contre l'influenza (C4.1 à C4.7, C11.1 et C11.2, C11.6 à C11.10). 23 de ces 29 engagements ont été atteints entièrement (21) ou partiellement (2), pour un taux d'atteinte de 79 %. Pour être partiellement atteints, il faut entre 75 % et 99 % d'atteinte, sinon, c'est considéré comme non-atteint.

en plus dépensé plus de 10 000 \$ en publicités dans les hebdomadaires locaux pour faire connaître nos services. Il nous est arrivé à plus d'une reprise de devoir annuler des groupes, faute de participants.

- C5.2 (formation des intervenants à l'intervention minimale en cessation tabagique) et C8.3 (formation sur les armes à feu pour des intervenants en contact avec des personnes en détresse sur les armes à feu) : ces activités n'ont pas été réalisées vu le contexte de compression des budgets de formation.
- C16.1 (SAT : programmes de santé spécifiques aux établissements-PSSE) : le pourcentage de 57 % a été inscrit par la DSP et diffère du nôtre, qui est de 72 %. Nous attendons un retour de la DSP à ce sujet.

- pharmaciens, etc.);
- C1.6 : actions intersectorielles sur les déterminants de la santé;
- C2.3 : révision du protocole de diffusion du guide Mieux-vivre avec son enfant;
- C2.4 : intégration du volet de santé bucco-dentaire dans les SIPPE;
- C2.5 : certification CLSC amis des bébés;
- C3.5 : soutien au Virage-santé dans les écoles;
- C3.6 : interventions d'éducation à la sexualité dans les écoles;
- C5.5 et C5.6 : amorce d'implantation et implantation du 0-5-30 au CSSS;
- C5.14 : implantation du 0-5-30 en milieu municipal;
- C8.2 et C8.3 : amorce et implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide dans la communauté;
- C9.2 et C9.3 : personnes-pivot en maladies infectieuses et santé environnementale;
- C10.1 et C10.2 : plans d'urgence chaleur extrême et pandémie d'influenza;
- C12.6 : gestion locale des centres d'accès au matériel d'injection;

Engagements non atteints :

- C5.1 (CAT) : 96 au lieu de 169, mais une augmentation de 21 % par rapport à l'an dernier. Non seulement nous répondons à toutes les demandes de service que nous recevons des professionnels ou de la ligne J'arrête, j'y gagne du MSSS, mais nous avons

Des engagements qui doivent être atteints en 2012, le sont déjà (19) :

- S2.1 : projets en développement des communautés;
- S4.1 et S4.2 : promotion des pratiques cliniques préventives auprès de différents milieux cliniques du territoire dans nos murs et hors des murs du CSSS (GMF, coop, clinique du Cégep,

Indicateurs ¹	Fréquence d'analyse ²	2010-2011				2009-2010		Commentaires
		P13	Proj. ³	Cible ⁶	Tx att. ^{4,5}	P13	P13	

Direction médicale et des services professionnels

1.1.17	L'établis. possède un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	P11-P13	Oui	Oui	Oui	100%	Oui	Oui	
1.1.18	L'établis. à un programme structuré et de contrôle des infections nosocomiales	P07-P11-P13	Oui	Oui	Oui	100%	Oui	Oui	
1.9.19	Taux d'infection nosocomiale	Périodique	nd	nd	nd	nd	nd	nd	- Données non disponibles dans le tableau de bord du MSSS. À vérifier avec l'Agence.
1.9.8A	Pourc. de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Cat. A	Périodique	99,6%	99,6%	100,0%	100%	99,6%	99,6%	
1.9.8B	Pourc. de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Cat. B	Périodique	99,8%	99,8%	90,0%	111%	100,0%	100,0%	

Source : Tableau de bord de l'EGI du MSSS, GESTRED et données internes à l'établissement

Note 1 : IR = Indicateur régional, IM = Indicateur maison, Rose = Données non périodique

Note 2 : Dans le cas des indicateurs dont la fréquence de parution n'est pas périodique, les données affichées ne correspondent pas nécessairement à la période de l'analyse

Note 3 : Généralement, la projection est calculée selon l'évolution de la courbe des volumes d'activités des années antérieures

Note 4 : Inférieur à 80% : **Rouge**, Entre 80% et 94% : **Jaune**, Supérieur à 95% : **Vert**.

Note 5 : Le calcul du taux d'atteinte est : (((Projection - Cible) x 1) / Cible) + 1) x 100 -> ratio de performance ou (((Projection - Cible) x -1) / Cible) + 1) x 100 -> ratio de contre-performance

Note 6 : Il s'agit de l'engagement déboursé pour l'année en cours

QUELQUES NOTES EXPLICATIVES SUR LES RÉSULTATS DE L'ENTENTE DE GESTION

Quelques notes explicatives sur les résultats de l'entente de gestion

PROGRAMME FAMILLE-ENFANCE-JEUNESSE, SANTÉ MENTALE JEUNESSE ET DÉFICIENCE INTELLECTUELLE JEUNESSE

Indicateurs 1.5.11, 1.5.12, 1.5.13

Les nombres d'utilisateurs et d'interventions par utilisateur pour le service à domicile dans le cas des clientèles ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement sont conformes à la cible populationnelle fixée par l'Agence de la santé et des services sociaux. De plus, le nombre d'utilisateurs dont la famille reçoit des services de soutien tels que répit, gardiennage ou dépannage a également atteint la cible.

Indicateurs 1.5.L.1, 1.5.M.1 et 1.5.N.1

Le taux de respect du délai d'accès aux services pour les personnes de moins de 6 ans ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement et représentant un niveau de priorité élevé n'a pas atteint la cible fixée. Toutefois, cela ne représente qu'un seul client et celui-ci a été pris en charge rapidement après le délai fixé. En ce qui concerne les clientèles de tous âges avec des priorités élevées et urgentes, nous n'avons pas atteint la cible. Par contre, les résultats se sont grandement améliorés par rapport à l'année dernière, car des actions ont été posées afin de mieux desservir cette clientèle.

Indicateurs 1.6.1, 1.6.2

Le nombre d'utilisateurs et le nombre d'interventions par utilisateur pour les clientèles jeunes en difficulté et leur famille ont atteint la cible.

Indicateur 1.8.C

Le nombre d'utilisateurs ayant reçu des services de santé mentale en première ligne s'est accru significativement entre 2008-2009 et 2010-2011. Il est passé de 431 à 657 utilisateurs, soit une hausse de 50 % sur trois ans pour un taux d'atteinte de la cible à 78 %. Des difficultés liées au recrutement de professionnels ont contribué à la situation.

Indicateur 1.1.12

La proportion de femmes nouvellement inscrites aux SIPPE (Services intégrés en périnatalité et petite enfance) a atteint la cible. Le programme SIPPE s'adresse aux familles vivant en contexte de vulnérabilité, c'est-à-dire aux futurs parents dont la femme enceinte est âgée de moins de 20 ans ou de plus de 20 ans qui n'a pas complété son secondaire et qui a un faible revenu.

Indicateur 1.1.13

La proportion d'écoles qui implantent l'approche l'École en santé a atteint la cible fixée par l'Agence de la santé et des services sociaux.

Indicateurs 1.14, 1.15, 1.16

La proportion des enfants recevant leur 1^{ère} dose de vaccin dans les délais contre le DCaT-Plio-Hib, le méningocoque du sérotype C et le pneumocoque n'a pas atteint la cible cette année malgré une hausse des résultats par rapport à l'année dernière. Des actions ont été posées durant l'année, telles que des rappels téléphoniques, afin de s'assurer de la présence des parents aux rendez-vous des vaccins de leurs enfants.

PROGRAMME PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT ET À LA DÉFICIENCE PHYSIQUE

Indicateurs 1.3.1, 1.3.2, 1.4.1, 1.4.2, 1.4.3

Le nombre de personnes et le nombre moyen d'interventions par utilisateur en soins à domicile pour les personnes en perte d'autonomie ont dépassé la cible avec 4 419 utilisateurs et 28,8 interventions par utilisateur. L'accessibilité et l'intensité des services pour ce type de clientèle atteignent donc les buts fixés. Il en va de même pour les clientèles avec une déficience physique et recevant des soins à domicile; les cibles d'accessibilité et d'intensité ont été dépassées. Finalement, le nombre d'utilisateurs en déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien tels que répit, gardiennage ou dépannage a également atteint la cible.

Indicateurs 1.4.L.1, 1.4.M.1 et 1.4.N.1

Le taux de respect du délai d'accès aux services pour les personnes de moins de 6 ans ayant une déficience physique et représentant un niveau de priorité élevé est conforme à la cible avec des gains importants par rapport à l'année passée. En ce qui concerne les clientèles de tous âges avec des priorités élevées, les résultats sont également conformes à la cible et des gains appréciables ont été enregistrés par rapport à l'année passée pour y arriver. Finalement, pour les clientèles de tous âges avec des priorités urgentes, la cible n'a pas été atteinte mais des mesures seront mises en place dès l'an prochain afin d'atteindre les résultats souhaités.

Soutien aux aidants naturels

Le nombre de personnes âgées différentes dont les proches ont reçu du répit ainsi que le nombre d'heures de répit effectuées auprès de cette même clientèle ont atteint la cible fixée par l'Agence de la santé et des services sociaux.

PROGRAMME SANTÉ MENTALE ADULTE ET DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ADULTE

Indicateurs 1.2.2, 1.2.3

Le nombre d'utilisateurs et le nombre moyen d'interventions par utilisateur réalisées dans le cadre des services psychosociaux pour les adultes sont conformes à la cible qui a été fixée en début d'année.

Indicateurs 1.8.5 et 1.8.6

Le nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) offert par notre établissement est conforme à la cible. Toutefois, en ce qui concerne le soutien d'intensité variable offert par les organismes communautaires, les résultats n'ont pas atteint la cible et par conséquent, des efforts seront mis en place l'année prochaine afin d'accroître les références vers ce type de ressources. Finalement, le soutien intensif dans le milieu (SIM) enregistre des résultats conformes à la cible avec une remontée importante par rapport à l'année dernière.

Indicateurs 1.8.7 et 1.8.8

Les séjours moyens sur civière et le pourcentage de séjour de 48 heures et plus aux urgences pour les clientèles de santé mentale n'ont pas atteint leur cible et constituent un défi majeur pour notre organisation et pour une grande majorité des centres de santé et de services sociaux de la Montérégie et du Québec. Des mesures ont été mises en place durant l'année afin d'améliorer la situation, dont, notamment, l'évaluation en amont par une infirmière clinicienne et l'évaluation au guichet d'accès du CLSC.

Indicateur 1.8.D

Le nombre d'utilisateurs ayant reçu des services de santé mentale en première ligne a atteint la cible fixée en début d'année. Ces résultats ont été possibles grâce à une remontée importante et soutenue de l'accessibilité des usagers aux services depuis les trois dernières années.

**PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE
CHIRURGIE****Indicateurs 1.9.11 à 1.9.15 et 1.9.20 à 1.9.24**

Tous les volumes de chirurgies de la hanche, du genou, de la cataracte et des autres chirurgies ont atteint leur cible, sauf pour la chirurgie bariatrique dont la cause principale est la démission d'un chirurgien (sur une équipe de trois chirurgiens) durant la dernière année. De plus, les chirurgies de la hanche, du genou, de la cataracte ainsi que les chirurgies d'un jour avec hospitalisation ont toutes été réalisées à l'intérieur des délais demandés. Les cibles associées au programme de santé physique chirurgie sont sous contrôle.

**PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE
MÉDECINE****Indicateurs 1.9.1 à 1.9.4**

Les séjours moyens sur civière et le pourcentage de séjour de 48 heures et plus aux urgences pour les clientèles de santé physique médecine n'ont pas atteint leur cible et constituent un défi majeur pour notre organisation et pour une grande majorité des centres de santé et de services sociaux de la Montérégie et du Québec. Le phénomène de vieillissement de la population et le manque de places d'hébergement constituent des facteurs importants d'engorgement des urgences. Des mesures telles que la mise sur pied d'une unité transitoire aux urgences (UTU) et la création d'un poste d'infirmière de liaison et d'évaluation afin d'optimiser les départs seront prises au cours de la prochaine année afin d'améliorer la situation.

Indicateurs 1.9.5, 1.9.6

Le nombre d'utilisateurs desservis en soins palliatifs et le nombre moyen d'interventions par usager à domicile atteignent les cibles fixées en début d'année. L'accessibilité pour les usagers et l'intensité du service sont donc conformes aux résultats attendus par l'Agence de la santé et des services sociaux.

**DIRECTION DES RESSOURCES
HUMAINES ET DU DÉVELOPPEMENT
ORGANISATIONNEL****Indicateurs 3.1 à 3.6.3**

La proportion d'heures en assurance salaire par rapport au nombre d'heures travaillées totales dans l'organisation est

conforme à la cible. En ce qui concerne le pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières, nous n'avons pas atteint la cible fixée en début d'année. Le pourcentage d'heures travaillées en temps supplémentaire et en main-d'œuvre indépendante a rencontré les cibles fixées en début d'année. Des efforts importants ont été déployés durant l'année afin de permettre l'atteinte des cibles ministérielles dans la gestion des absences à court terme, la planification des horaires de travail et le plan d'action en matière d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre.

**DIRECTION DU SERVICE MÉDICAL ET
DES SERVICES PROFESSIONNELS****Indicateurs 1.9.8A, 1.9.8B**

Les demandes de service complétées à l'intérieur des délais pour les examens en hémodynamie sont parfaitement sous contrôle et atteignent la cible sans aucun problème.

**DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS
ET DES PROGRAMMES DE SANTÉ
PUBLIQUE****Plan d'action local en santé publique**

Les étapes menant à la réalisation du Plan d'action local en santé publique 2009-2012 se déroulent conformément au calendrier initial et tout porte à croire que les 85 engagements seront respectés au terme du projet.

APPLICATION DE LA LOI 100

Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette (Loi 100).

Deux mesures ont été identifiées par le gouvernement du Québec pour atteindre les objectifs de la Loi 100 qui visent le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette par une diminution minimale de 10 % des dépenses de nature administrative. Il s'agit de la réduction de la taille des effectifs basée sur le non-remplacement d'un départ à la retraite sur deux et la réduction de 25 % des dépenses de formation, frais de déplacement et publicité. Pour l'année 2010-2011, l'application de ces mesures au CSSS Pierre-Boucher s'est traduite par une diminution des dépenses de 845 942 \$.

RECOMMANDATIONS FAITES PAR L'ORGANISME D'AGRÉMENT

Suite à la visite d'Agrément Canada et du Conseil québécois d'agrément en février 2010, le CSSS Pierre-Boucher a obtenu l'agrément avec condition sous forme de rapport. La reconnaissance de deux pratiques exemplaires, IPIM et le projet de réorganisation du travail au bloc opératoire, et l'obtention d'un taux de conformité de 85 % aux 2 500 normes d'excellence du programme d'agrément ont alors été soulignés. L'établissement a mis en place les mesures pour assurer la conformité de ses pratiques aux normes et pratiques organisationnelles requises par le programme QMENTUM. Ainsi, l'implantation d'un programme d'entretien préventif des équipements, l'actualisation d'un programme en prévention des chutes dans les secteurs cliniques ciblés et l'amélioration des mécanismes de communication pour la clientèle en fin de vie ont été réalisées à la satisfaction des organismes d'agrément. L'aménagement d'un local de retraitement des dispositifs médicaux au département d'imagerie médicale, l'utilisation de mesures de protection pour le personnel en salle d'opération ainsi que la formation sur des pratiques relatives aux ordonnances médicales urgentes et verbales sont à mettre en place pour juillet 2011.

SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Déclaration des incidents/accidents

Voici les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration des incidents/accidents :

- Formation aux nouveaux employés (415), intégrée au programme d'orientation, et présentation à ces groupes sur leurs rôles et responsabilités en matière de gestion des risques, de sécurité à la clientèle et de qualité des services rendus.
- Formation de 200 employés et gestionnaires sur l'utilisation du formulaire AH-223.

Application des mesures de contrôle des usagers

En raison de formations continues et d'activités de sensibilisation à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle, on note à nouveau cette année une diminution de 2,8 % de l'application de ces mesures dans les centres d'hébergement. En effet, le taux de résidents ayant reçu ce type de mesures est passé de 48,2 % en 2009-2010 à 45,4 % en 2010-2011.

À l'hôpital, les données obtenues à partir

du formulaire de déclaration indiquent qu'il y a eu au cours de l'année 2010-2011 un total de 823 mesures de contrôle appliquées chez 566 usagers, dont 762 étaient des contentions physiques et 61 des mesures d'isolement. De ces mesures, 23 % sont appliquées dans un contexte de soins planifiés qui comporte un consentement de la part de l'utilisateur et 54 % le sont dans un contexte d'urgence.

Tout est mis en œuvre pour soutenir la gestion sécuritaire des comportements agressifs (code blanc), consolider l'implantation du programme de prévention des chutes et élargir le nombre de formateurs sur l'utilisation sécuritaire et judicieuse des mesures de contrôle.

Recommandations du coroner

Trois recommandations du coroner s'adressant à l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont nécessité des correctifs dans nos pratiques :

1. Recommandation sur l'utilisation des aiguilles intra-osseuses de type EZ-10 dans les salles d'urgence :

Des mini-cliniques de formation destinées aux infirmières de l'urgence lors de l'arrivée de cette nouvelle technologie en mars 2009 ont été mises en place. Des capsules de mise à jour de la formation ont été dispensées en juillet 2010. Toute nouvelle infirmière orientée à la salle de réanimation reçoit la formation sur la thérapie intra-osseuse par le biais du programme d'orientation spécifique. Une méthode de soins spécifique est en cours d'élaboration.

2. Recommandation sur le rangement sécuritaire des produits nettoyants et des produits d'hygiène en centre d'hébergement :

L'acquisition de chariots utilisés par le personnel de l'entretien ménager permet de verrouiller les produits nettoyants utilisés dans les unités de soins. Le local dédié à l'entreposage des produits nettoyants et des produits pour l'entretien des vêtements est également sous clé. Les produits d'hygiène disponibles dans les salles de bain communes sont rangés dans des armoires verrouillées. Un processus de vérification est en

vigueur depuis 2008. À cet égard, un outil de vérification est complété à chaque période par le personnel de l'entretien ménager et des soins infirmiers.

3. Recommandation sur l'instauration d'une politique claire concernant les patients suicidaires arrivant à l'urgence, de façon à assurer une meilleure surveillance et ainsi diminuer les risques de fugue :

Un protocole de surveillance de l'usager à risque suicidaire avant la prise en charge médicale à l'urgence a été rédigé. Il vise à déterminer le risque suicidaire dès l'évaluation d'un patient par l'infirmière au triage. Selon le niveau de risque identifié, les interventions et l'intensité de surveillance requises sont appliquées en attendant la prise en charge médicale. Son application est en cours d'actualisation.

Examen des plaintes et promotion des droits des usagers

Le rapport annuel d'activités 2010-2011 de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, celui du médecin examinateur et celui du comité de révision ont été présentés au comité de vigilance et de la qualité et au conseil d'administration du CSSS Pierre-Boucher. Ces rapports font le bilan annuel des activités liées au régime d'examen des plaintes et au respect des droits des usagers et exposent les faits saillants relatifs au traitement des plaintes et aux demandes d'assistance.

Pour obtenir une copie de ces documents, on peut communiquer avec le bureau de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, au 450 468-8447.

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

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

M. Pierre Desjardins, président	Comité des usagers
Me Magali Cournoyer-Proulx, vice-présidente	Cooptation
Mme Caroline Barbir, directrice générale, secrétaire	Membre d'office
M. Yvon Richer, trésorier	Agence régionale
M. Michel Besner	Population
M. Laurent Boisclair	Population
Mme Louise Bellemare	Conseil multidisciplinaire
M. Donato De Furia	Personnel non clinique
M. Jean-François Dubé	Conseil multidisciplinaire
M. Pierre Gagnon	Fondations
M. Luc Genest	Agence régionale
Mme Armande Jeannotte	Population
Dr Michel Jarry	CMDP*
Mme Lise Lefebvre-Carrier	Comité des usagers
Mme Monique Olivier	Conseil des infirmières
M. Jean-Yves Roy	Population
Vacant	DRMG**
Vacant	Cooptation

* Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

** Département régional de médecine générale

COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Comité exécutif

M. Pierre Desjardins, président
Me Magali Cournoyer-Proulx, vice-présidente
M. Yvon Richer, trésorier
Mme Caroline Barbir, secrétaire
M. Laurent Boisclair, membre
M. Jean-Yves Roy, membre

Comité de vérification

M. Yvon Richer, président
M. Laurent Boisclair
M. Pierre Gagnon
Membre d'office : M. Pierre Desjardins,
président du CA

Comité de gestion budgétaire

M. Yvon Richer, président,
M. Laurent Boisclair
M. Pierre Gagnon
Mme Caroline Barbir, directrice générale
M. Éric Champagne, directeur des
ressources financières
Mme Louise Potvin, directrice générale
adjointe
Membre d'office : M. Pierre Desjardins,
président du CA

Comité des communications

M. Jean-Yves Roy, président
M. Jean-François Dubé
Mme Armande Jeannotte
Mme Lise Lefebvre-Carrier

Membres d'office :

Mme Caroline Barbir, directrice générale
Mme France Descôteaux, directrice des
communications et des relations publiques
Dr Michel Laurence, directeur médical et
des services professionnels

Comité des ressources humaines

M. Jean-Yves Roy, président
M. Jean-François Dubé
Mme Lise Lefebvre-Carrier
Mme Monique Olivier

Membres d'office :

M. Pierre Desjardins, président du CA
Mme Caroline Barbir, directrice générale

Comité de vigilance et de la qualité

M. Luc Genest, président
Me Magali Cournoyer-Proulx
Mme Lise Lefebvre-Carrier, désignée par le
comité des usagers
Mme Caroline Barbir, directrice générale
Mme Huguette Dupuis, commissaire locale
aux plaintes et à la qualité des services

Comité d'évaluation de la directrice générale

M. Pierre Desjardins, président
M. Laurent Boisclair
Me Magali Cournoyer-Proulx

Comité de révision du traitement d'une plainte concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien

M. Jean-Yves Roy, président
Dr Mario Ducharme
Dr Franck Paul-Hus

Comité d'éthique et de déontologie des administrateurs

M. Donato De Furia, président
Mme Armande Jeannotte
Mme Monique Olivier

LE CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

Le rapport annuel 2010-2011 du CII du CSSS Pierre-Boucher énumère les divers avis déposés à la directrice générale relativement aux politiques, procédures et règlements de l'établissement. Ces avis ont porté sur :

- La procédure de gestion des événements indésirables selon le niveau de gravité.
- Les statuts et règlements du comité de bioéthique du CSSS.
- La procédure d'identification, la documentation et la transmission de l'information concernant les allergies et intolérances.
- Le cadre de référence concernant la prestation de soins et de services sécuritaires.
- La politique relative aux services de soins spirituels.
- La politique concernant la gestion de l'entretien des équipements médicaux.
- Le changement des représentantes du comité exécutif du CII au comité OSST et au comité de la qualité de vie au travail.

Plusieurs activités ont été réalisées au cours de l'année pour notamment améliorer la communication avec les membres du CII, favoriser leur implication dans le processus d'évaluation de l'exercice infirmier qui sera réalisé par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec à l'automne 2011 et émettre des recommandations à la suite des audits de qualité effectués par les conseillères en soins spécialisés de la direction des soins infirmiers et des programmes de santé publique.

Le comité de l'appréciation de la qualité des actes infirmiers a pour sa part poursuivi sa démarche de promotion de l'évaluation de la douleur et son soulagement optimal et s'est impliqué dans la planification des activités de formation afin de rehausser le niveau de connaissances des infirmières et infirmières auxiliaires en matière d'évaluation et de gestion de la douleur en tenant compte des standards de pratiques exemplaires.

Le comité des infirmières auxiliaires a également fait un bilan positif de ses activités dont les objectifs visaient notamment l'amélioration des communications et la promotion du CII auprès de ses membres.

Exécutif

Mme Denise Morin, présidente
M. Marc-André Rainville
Mme Julie Meloche, secrétaire
Mme Mélanie Gagnon
Mme Stéphanie Gauthier (congé de maternité octobre 2010, remplacée par Mme Hélène Laplante)
Mme Sylvie Bourdon agente communication (congé de maternité janvier 2010, remplacée par Mme Josée Bombardier)

Représentantes du CIIA

Mme Chantal Bélanger, présidente
Mme Line Kirouac, officière

Membres d'office

Mme Caroline Barbir, directrice générale
Mme Pauline Plourde, directrice des soins infirmiers et des programmes de santé publique

LE CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

Les priorités 2010-2011 du conseil multidisciplinaire ont porté sur les comités des pairs, la communication, le climat de travail, l'application de la loi 90 et ses amendements, l'interdisciplinarité et la promotion de la qualité de la pratique et de la mobilité des professionnels via la reconnaissance.

Dans ce contexte, le comité exécutif a apporté son soutien aux projets de pairs des ergothérapeutes et des intervenants psychosociaux. Il a publié plusieurs documents d'information sur le répertoire public du CSSS Pierre-Boucher, ainsi que divers articles dans le journal L'Info Pierre-Boucher. En outre, un dépliant promotionnel et informationnel du CM a été remis à tous les nouveaux professionnels embauchés. Aussi, le comité exécutif s'est impliqué dans la préparation du concours prix Mérite 2011, visant à reconnaître le travail exceptionnel d'un(e) collègue qui s'est démarqué(e) par ses réalisations professionnelles.

Par ailleurs, le Conseil a été consulté par la direction de l'établissement sur les dossiers suivants : statuts et règlements du comité de bioéthique, table d'élaboration du projet clinique santé physique médecine - volet lutte contre le cancer - sur le territoire du CSSS Pierre-Boucher, politique de gestion et d'entretien des équipements médicaux, cadre de référence en gestion des risques. Enfin, le conseil a délégué des représentants pour siéger au sein des comités et regroupements suivants : comité de bioéthique, assemblée des partenaires, table Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV), comité qualité de vie au travail et conseil d'administration.

Membres du conseil multidisciplinaire

Exécutif

Mme France Gauthier, vice-présidente
Mme Louise Bellemare, agente de communication
Mme Julie Chouinard, secrétaire
Mme Geneviève Webster
Mme Ysabelle Favreau
Mme Sylvie Henry
M. Jean-François Dubé

Membres d'office

Mme Caroline Barbir, directrice générale
M. Régis Pearson, directeur des services multidisciplinaires

LE CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Le rapport annuel du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CSSS Pierre-Boucher énumère les principaux faits saillants et dossiers qui ont retenu l'attention de ses membres pendant l'année. Outre les recommandations au conseil d'administration relatives entre autres aux nominations des chefs de département et aux nominations, modifications de privilèges et démissions des médecins, le CMDP a été consulté relativement aux politiques et règlements suivants :

- Politique de gestion de l'entretien des équipements médicaux.
- Politique relative au service de soins spirituels.
- Procédure sur la gestion des événements indésirables selon le niveau de gravité.
- Statuts et règlements du comité de bioéthique du CSSS Pierre-Boucher.
- Procédures relatives à la sécurité laser.
- Règlement sur la procédure d'examen des plaintes des usagers du CSSS Pierre-Boucher.
- Règlement sur le traitement des plaintes à des fins disciplinaires concernant les résidents en médecine.
- Cadre de référence en gestion des risques.

La désignation du CSSS Pierre-Boucher comme site de démonstration du programme québécois du dépistage du cancer colorectal et l'annonce d'une deuxième salle d'hémodynamie ont été très bien accueillies par le CMDP. L'ajout d'un deuxième tomodynamomètre à l'Hôpital Pierre-Boucher s'avère une priorité pour laquelle une annonce urgente est demandée. Par ailleurs, la visite d'inspection de l'Ordre des pharmaciens du Québec et le maintien de la performance en regard des délais de transcription des protocoles opératoires et des rapports de radiologie ont aussi retenu l'attention.

Les activités du comité de l'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique ont porté sur l'étude rétrospective ou prospective et sur tous les décès. Les problématiques liées à l'effet de la pénurie de personnel en soins infirmiers sur la qualité de l'acte médical et la sécurité des

usagers ont aussi fait l'objet d'une étude.

Le comité de pharmacologie a statué sur l'ajout de neuf médicaments et de deux retraits au formulaire des médicaments de l'établissement. Des règles de substitution automatique ont également été élaborées pour deux médicaments et la revue de l'utilisation d'un antibiotique a fait l'objet d'une recommandation. Par ailleurs, un bulletin d'information a été publié durant l'année dans le but d'informer les membres du CMDP des travaux du comité de pharmacologie.

Membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Exécutif

Dr Michel Jarry, cardiologue, président
Dr Pierre Tétrault, psychiatre, secrétaire
Dr Luc Larivière, pathologiste, trésorier
Dre Michèle Boucher, omnipraticienne en CLSC
Dr Pierre Fournier, omnipraticien
Dre Lyne Massé, omnipraticienne en centre d'hébergement
Dr Victor Plourde, gastroentérologue

Membres d'office

Mme Caroline Barbir, directrice générale
Dr Michel Laurence, directeur médical et des services professionnels

LE CONSEIL PARAPROFESSIONNEL (CP)

Plusieurs dossiers ont retenu l'attention des membres cette année, notamment l'implication des employés de l'entretien ménager dans la prévention et le contrôle des infections dans le but d'optimiser les efforts d'amélioration des pratiques. D'autres dossiers comme le virage santé, le programme fonctionnel et technique de l'urgence, le rôle des agents de sécurité à l'hôpital et le partage des tâches pour l'entretien des petits équipements ont aussi été abordés.

En outre, le conseil paraprofessionnel s'est impliqué dans différents groupes de travail du CSSS, soit le comité qualité de vie au travail, la table de continuum du projet clinique pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV-DP), le comité stratégique en organisation des soins, des services et du travail et

l'assemblée des partenaires.

Membres du conseil paraprofessionnel

Exécutif

Mme Line Langevin, présidente
M. Denis Rifon, vice-président
Mme Danielle Laventure, secrétaire
Mme Natalie Bédard
M. Luc Breton
M. Marc Casaubon
M. Claude Lajoie

Membre d'office

Mme Sylvie Desmarais, directrice de la gestion des risques, de l'assurance qualité et de la performance

LE COMITÉ DES USAGERS

Le comité des usagers s'est particulièrement intéressé en 2010-2011 aux aidants naturels. Afin de poursuivre la démarche de sensibilisation sur la situation des aidants naturels, trois publi-reportages ont paru dans les journaux locaux où on pouvait y voir les coordonnées des différents organismes qui soutiennent leur travail. En outre, deux représentations de la pièce « Pas de vacances pour les anges », portant sur la situation des aidants naturels, ont été offertes aux citoyens du territoire du CSSS Pierre-Boucher.

Au total, le comité des usagers a tenu dix rencontres. Pour la plupart, elles se sont déroulées alternativement dans les différents centres d'hébergement afin d'avoir l'occasion de se rendre dans le milieu de vie des résidents et d'avoir l'opportunité de les rencontrer.

Par ailleurs, le comité a offert aux résidents du Centre d'hébergement René-Lévesque et leur famille une présentation de la pièce de théâtre « Les p'tits détours », portant sur la vie en centre d'hébergement. Un calendrier annuel ainsi qu'un stylo promotionnel ont été offerts, à l'occasion de Noël, à tous les résidents et leurs proches dans les sept centres d'hébergement.

En conformité avec la nouvelle directive ministérielle, précisant que le surplus cumulé du comité des usagers puisse être versé à l'établissement, une somme de 85 000 \$ a été transférée au CSSS Pierre-Boucher. La recommandation du comité

étant que cette somme soit attribuée aux sept centres d'hébergement pour des équipements qui visent directement l'amélioration de la qualité des soins envers les résidents.

L'année a également été marquée par le départ du président, Monsieur Pierre Diamond, actif depuis la mise sur pied du comité en octobre 2006.

Membres du comité des usagers

M. Pierre Diamond, président
 M. Robert Bourguignon, vice-président
 M. Pierre Desjardins, secrétaire
 M. Gilles W. Massé, trésorier
 Mme Pauline Beauchemin
 Mme Louise Bissonnette
 Mme Johanne Guillemette
 M. Claude Leblanc
 Mme Lise Lefebvre-Carrier
 Mme Diane Mercier
 Mme Lise Quirion
 M. Jules Senez

LE COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Principaux sujets traités au cours de l'année par le comité de vigilance et de la qualité

- Suivi des conditions émises suite à la visite d'Agrément afin de se conformer aux normes de qualité.
- Suivi des rapports et des plans d'action des visites ministérielles d'appréciation de la qualité des services pour les centres d'hébergement Jeanne-Crevier et du Chevalier-De Lévis.
- Rapport trimestriel sur les indicateurs de gestion des risques, les événements indésirables et la mise en place du plan d'amélioration et de mesures pour éviter la récurrence des événements;
- Suivi rigoureux des taux d'infection nosocomiale;
- Suivi et bilan des activités du programme AMPRO (3e année d'implantation);
- Rapport d'analyse relative à l'utilisation des mesures de contrôle et d'isolement;
- Rapport relatif au respect des normes transfusionnelles;
- Présentation des activités réalisées en éthique clinique;
- Programme d'inspection ciblée des

départements de pharmacie des établissements de santé offrant des services de préparation de produits stériles.

Recommandation de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services au conseil d'administration

- Revoir la procédure en vigueur dans les centres d'hébergement concernant la mise à jour du formulaire sur la réanimation et les niveaux de soins des résidents.

En conclusion

Le comité de vigilance et de la qualité a démontré beaucoup de rigueur dans le suivi des dossiers qui lui ont été soumis. Les mécanismes mis en place par l'établissement, tels les plans d'action, les bilans de suivis ainsi que la présentation de dossiers spécifiques par les directions concernées ont permis au comité de vigilance et de la qualité de s'acquitter de ses responsabilités. À cet égard, les membres ont pu apprécier les mesures correctives mises de l'avant suite à des problématiques soulevées dans les différents secteurs de l'établissement, ainsi que des actions prises pour éviter la récurrence d'événements indésirables.

En regard des dossiers de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, les informations relatives aux plaintes et aux insatisfactions des usagers ainsi que les recommandations et les suivis apportés ont été traitées à chaque rencontre.

LE COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Recommandation émise par le comité de gestion des risques au cours de l'année

- Vérification des antécédents criminels des employés lors du processus d'embauche.

Les dossiers suivis au cours de l'année

- Suivi des rapports périodiques relatifs aux infections nosocomiales.
- Suivi des plans d'action élaborés suite aux événements indésirables.
- Lecture et étude du rapport sur l'analyse d'indicateurs de gestion des risques pour tous les secteurs d'activités.
- Supervision de la tenue d'activités visant l'amélioration de la sécurité des services :

formations, parutions dans l'Info Express, etc.

- Recommandation pour adoption des politiques et procédures sur l'amélioration de la sécurité, dont l'entreposage sécuritaire de l'oxygène, la révision de la procédure de gestion des événements indésirables selon le niveau de gravité et la disposition des déchets biomédicaux en centre d'hébergement.
- Précautions relatives aux mesures de prévention et contrôle des infections lors des travaux de rénovation en centre d'hébergement.
- Collaboration à la procédure concernant l'utilisation des barres d'appui installées au lit des résidents.
- Rapports du coroner pour l'établissement : correctifs apportés à la suite des recommandations émises par le coroner en date du 1^{er} avril 2011.
- Rapport du coroner qui s'adresse à l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux : correctifs apportés par l'établissement afin de se conformer aux recommandations émises dans les deux rapports du coroner.

Les principaux risques d'incidents et d'accidents identifiés

Les principaux risques qui ont été identifiés par le biais des formulaires AH-223 sont les chutes des usagers (le plus important en centre d'hébergement) et les erreurs reliées au circuit du médicament (le plus souvent déclarées à l'hôpital).

Les efforts pour implanter la culture de sécurité visent notamment la déclaration systématique de tous les incidents et accidents dans le cadre de la prestation de services par une approche, non pas axée sur le blâme, mais sur l'amélioration des processus de travail.

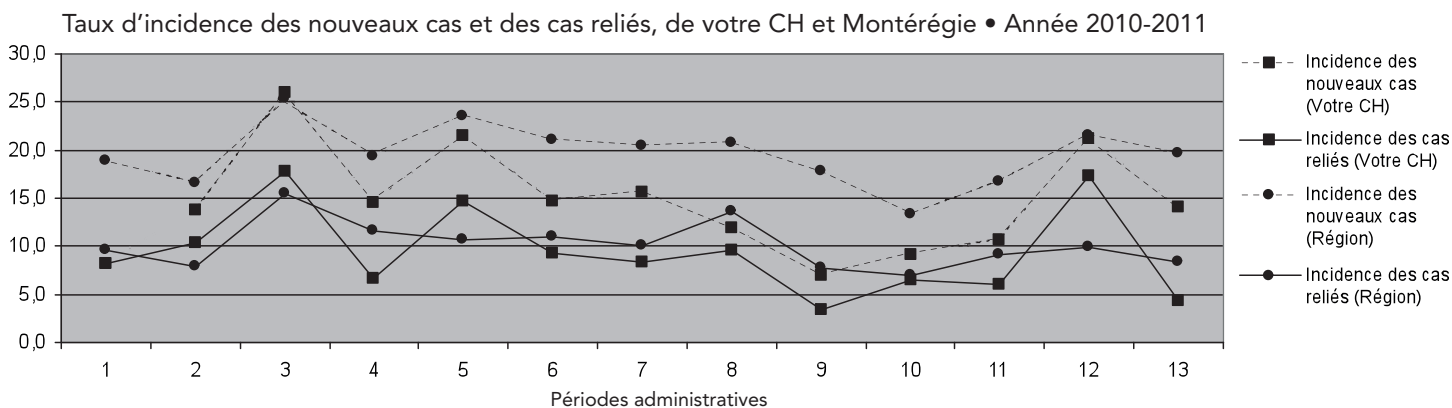
LE COMITÉ DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS

Voici les types d'infections qui ont fait l'objet d'une surveillance systématique au cours de l'année 2010-2011 et les résultats de cette surveillance :

SURVEILLANCE PROVINCIALE HÔPITAL PIERRE-BOUCHER 2010-2011

INFECTIONS	Total-données brutes
Bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> d'origine nosocomiale :	
• <i>S. aureus</i> sensible	6
• <i>S. aureus</i> résistant (SARM)	2
Bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs	0
INFECTIONS	Taux d'incidence par 10 000 jours-présence
Diarrhée associée au <i>Clostridium difficile</i> nosocomiale :	
• Hôpital Pierre-Boucher	2,3
• Montérégie	4,7
• Province du Québec	7

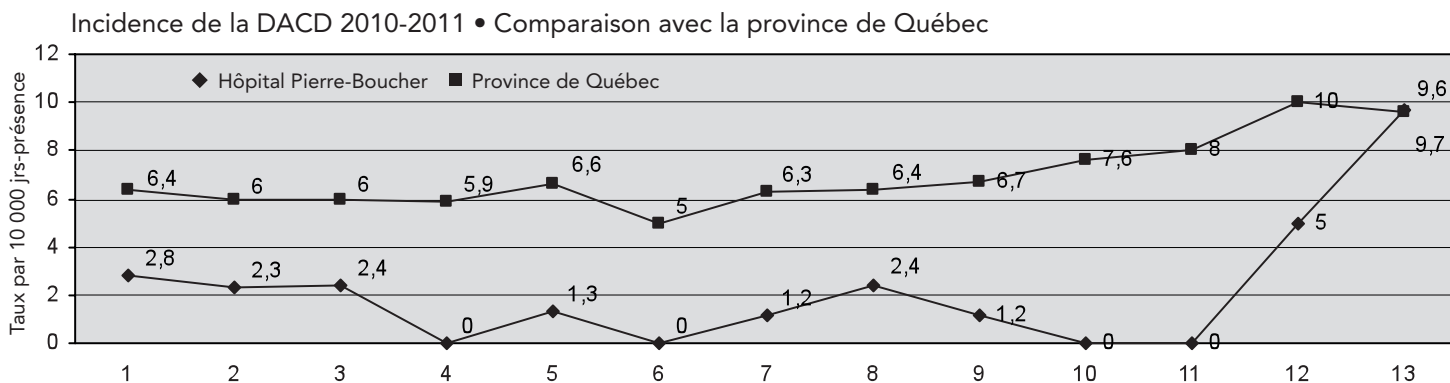
SARM (*Staphylococcus aureus* résistant à la vancomycine)



TAUX D'INCIDENCE ERV D'ORIGINE NOSOCOMIALE

Aucune éclosion ni cas d'ERV d'origine nosocomiale n'a été signalé au CSSS Pierre-Boucher.

DIARRHÉE ASSOCIÉE AU CLOSTRIDIUM DIFFICILE (DACD)

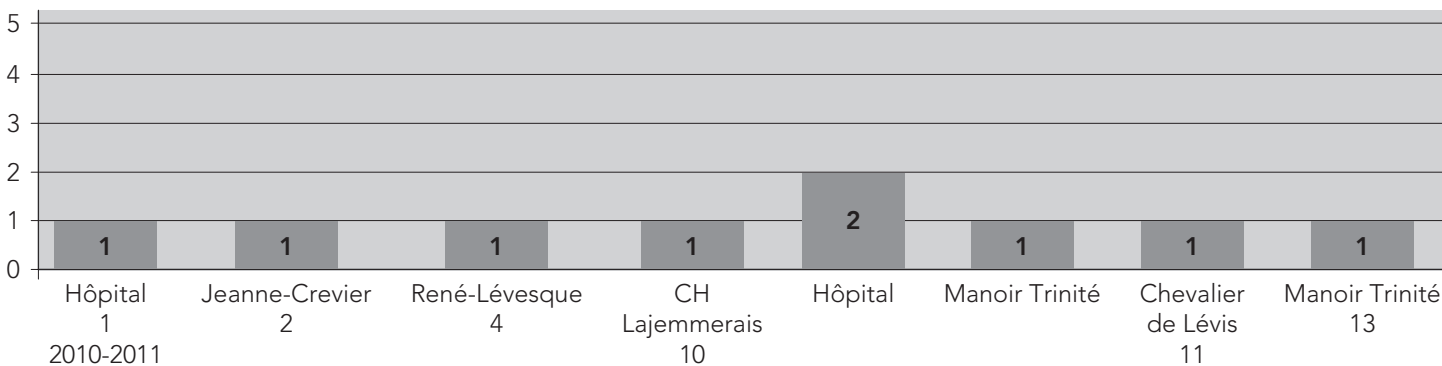


INFLUENZA SAISONNIER

Nous avons vécu deux éclosions d'influenza pendant l'année 2010-2011. En janvier 2011, au Centre d'hébergement René Lévesque et en février au Centre d'hébergement du Manoir-Trinité. Les mesures usuelles de gestion d'éclosion ont été mises en place par l'équipe en prévention et contrôle des infections en collaboration avec la Direction de santé publique régionale.

GASTROENTÉRITE

Graphique démontrant le nombre d'éclosions de gastro-entérite pour 2010-2011, par période et par installation



RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

Effectifs de l'établissement en date du 31 mars 2011	Exercice en cours	Exercice antérieur
Les cadres :		
• Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	155	151
• Temps partiel - nombre de personnes ETC* (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	13	15
• Nombre de cadres en stabilité d'emploi	-	-
Les employés réguliers :		
• Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	1 356	1 293
• Temps partiel - nombre de personnes ETC* (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	1 173	835
• Nombre d'employés en sécurité d'emploi	-	-
Les occasionnels :		
• Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	1 284 636	1 986 674
• Équivalents temps complet (ETC)**	703	1 074

* L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers : nombre d'heures de travail selon le contrat de travail, divisé par nombre d'heures de travail d'un employés à temps complet du même corps d'emploi.

** L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels : nombre d'heures rémunérées, divisé par 1 826 heures.

ÉTATS FINANCIERS 2010-2011

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Aux membres du Conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent le bilan du fonds d'exploitation, du fonds de dotation et du fonds à destination spéciale au 31 mars 2011, l'état des résultats du fonds d'exploitation pour les activités principales et les activités accessoires pour l'exercice terminé à cette date, ainsi que les notes annexes, sont tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher pour l'exercice terminé le 31 mars 2011. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 14 juin 2011 (voir ci-dessous).

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait par conséquent se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités, sur la base des critères décrits aux paragraphes 385.7 et 391 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux datée mise à jour au 1er juin 2011 (« critères »).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en oeuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (« NCA ») 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion avec réserves

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher pour l'exercice terminé le 31 mars 2011 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, sur la base des critères ci-haut mentionnés. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher pour l'exercice terminé le 31 mars 2011.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 14 juin 2011. Notre opinion avec réserves est fondée sur les faits suivants:

Tel que mentionné à la note 3, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire ainsi qu'aux indemnités de départ à verser aux hors-cadres admissibles au terme de leur engagement ne sont pas comptabilisés au bilan du fonds d'exploitation, ni au bilan regroupé, ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

L'impact n'a pu être déterminé car l'information n'est pas disponible au niveau de l'établissement.

Les immeubles loués auprès de la Corporation d'hébergement du Québec sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation no 2 des normes comptables canadiennes pour le secteur public, tel que mentionné à la note 3. L'impact de la non-comptabilisation au fonds d'immobilisations sur l'actif, le passif, le solde de fonds et les résultats n'a pu être déterminé au prix d'un effort raisonnable.

L'établissement a comptabilisé au solde de fonds du fonds d'exploitation au 31 mars 2011, un revenu de subvention et a ajusté le solde des montants à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) d'un montant de 17 522 663 \$ sans retraitement des états financiers du 31 mars 2010, tel que mentionné à la note 5. Afin de se conformer aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, le revenu de subvention relatif à la prise en charge du solde déficitaire du fonds d'exploitation au 1er avril 2008 d'un montant de 17 522 663 \$, représentant le montant fixé par le décret gouvernemental 257-2010, aurait dû être comptabilisé rétroactivement avec retraitement des états financiers de l'exercice terminé le 31 mars 2010.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, ces états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher au 31 mars 2011, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux normes canadiennes pour le secteur public.

Samson Bégin, Deloitte & Touche, s.e.n.c.
Le 17 juin 2011

FONDS D'EXPLOITATION

RÉSULTATS

EXERCICE FINANCIER TERMINÉ LE 31 MARS 2011

	2010-2011 \$	2009-2010 \$
ACTIVITÉS PRINCIPALES		
Revenus		
Agence de la santé et des services sociaux et ministère de la Santé et des Services sociaux	251 609 061	244 679 103
Usagers	20 910 684	21 016 342
Ventes de services	2 083 823	2 241 503
Recouvrements	1 445 302	1 445 552
Donation	74 779	50 165
Autres revenus	1 161 487	1 050 269
Total des revenus	277 285 136	270 482 934
Charges		
Salaires	136 620 637	136 071 724
Avantages sociaux	37 937 325	34 748 708
Charges sociales	18 386 506	18 854 478
Médicaments	8 763 627	8 558 908
Produits sanguins	2 968 453	2 783 082
Fournitures médicales et chirurgicales	15 650 581	14 611 509
Denrées alimentaires	3 210 895	3 150 142
Créances douteuses	26 520	179 524
Autres charges	55 099 004	52 449 089
Total des charges	278 663 548	271 407 164
Contribution affectées à d'autres fonds	312 208	864 518
EXÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS PRINCIPALES APRÈS CONTRIBUTIONS PROVENANT OU AFFECTÉES À D'AUTRES FONDS	(1 690 620)	(1 788 748)
ACTIVITÉS ACCESSOIRES		
Revenus		
Financement public et parapublic	1 483 506	1 470 572
Revenus commerciaux	1 985 862	1 883 672
Revenus autres sources et revenus non répartis	42 207	(21 483)
Total des revenus	3 511 575	3 332 761
Charges		
Salaires	1 381 740	1 226 442
Avantages sociaux	319 381	294 623
Charges sociales	212 992	204 355
Autres	1 031 932	1 014 542
Total des charges	2 946 045	2 739 962
Contribution affectées à d'autres fonds	-	72 832
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS ACCESSOIRES APRÈS CONTRIBUTIONS AFFECTÉES À D'AUTRES FONDS	565 530	519 967
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DU FONDS D'EXPLOITATION APRÈS CONTRIBUTIONS AFFECTÉES À D'AUTRES FONDS.	(1 125 090)	(1 268 781)

FONDS D'EXPLOITATION

BILAN AU 31 MARS 2011

	2010-2011 \$	2009-2010 \$
ACTIF		
À court terme		
Encaisse	-	690 238
Débiteur-Agence et MSSS	24 099 573	9 552 555
Autres débiteurs	4 706 256	4 370 728
Charges payées d'avance	895 769	1 751 475
Stocks	3 103 201	6 426 304
Créances interfonds	121 508	-
Autres éléments	540 300	-
Total de l'actif à court terme	33 466 607	22 791 300
Subvention à recevoir-réforme comptable	17 023 589	16 966 129
Autres éléments d'actif	293 770	324 456
TOTAL DE L'ACTIF	50 783 966	40 081 885
PASSIF		
À court terme		
Découvert de banque	42 222	-
Emprunts temporaires	13 500 000	17 500 000
Autres créditeurs	42 504 190	43 147 799
Intérêts courus à payer	19 492	10 166
Dettes interfonds	-	344 297
Revenus reportés – activités principales	688 952	1 266 698
Revenus reportés – activités accessoires	73 537	86 481
Autres éléments	825	5 125
Total du passif à court terme	56 829 218	62 360 566
Autres éléments du passif	234 060	398 204
TOTAL DU PASSIF	57 063 278	62 758 770
SOLDE DE FONDS	(6 279 312)	(22 676 885)
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	50 783 966	40 081 885

FONDS À DESTINATION SPÉCIALE

BILAN AU 31 MARS 2011

	2010-2011 \$	2009-2010 \$
ACTIF		
À court terme		
Encaisse	2 521 481	1 231 906
Autres débiteurs	172 504	169 807
TOTAL DE L'ACTIF	2 693 985	1 401 713
PASSIF		
À court terme		
Autres créditeurs	2 582	8 882
Dettes interfonds	607 910	175 515
	610 492	184 397
À long terme		
Revenus reportés	2 083 493	1 217 316
TOTAL DU PASSIF	2 693 985	1 401 713
SOLDE DE FONDS	-	-
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	2 693 985	1 401 713

FONDS DE DOTATION

BILAN AU 31 MARS 2011

ACTIF

À court terme

Encaisse	66360	65 825
Créances interfonds	68	110
TOTAL DE L'ACTIF	66 428	65 935

PASSIF

À long terme

Revenus reportés	16 428	15 935
TOTAL DU PASSIF	16 428	15 935
SOLDE DE FONDS	50 000	50 000
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	66 428	65 935

OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

Fondation de l'Hôpital Pierre-Boucher

L'établissement détient un intérêt économique dans la Fondation de l'Hôpital Pierre-Boucher puisque la Fondation organise des levées de fonds exclusivement au profit de l'Hôpital Pierre-Boucher. L'établissement a comptabilisé 2 966 481 \$ de revenus de dons en argent de la Fondation au cours de l'exercice.

La Fondation de l'Hôpital Pierre-Boucher assure l'exploitation du parc de stationnement depuis le 16 décembre 2001.

En vertu de la convention d'exploitation, la Fondation a versé à l'Hôpital Pierre-Boucher des sommes de 469 033 \$ à titre de redevances et de 227 647 \$ à titre d'honoraires de services.

La Fondation n'a pas été consolidée dans les états financiers de l'établissement. La Fondation est constituée en vertu de la Partie III de la Loi sur les compagnies du Québec.

Autres fondations

L'établissement a comptabilisé pour un montant de 44 500 \$ de revenus de dons provenant de la Fondation des centres d'hébergement du Vieux-Longueuil, de 39 879 \$ de revenus de dons de la Fondation Foyer Lajemmerais ainsi qu'un montant de 36 622 \$ de revenus de dons de la Fondation Jeanne-Crevier.

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

des administrateurs et du directeur général

Adopté par le conseil d'administration le 10 mai 2005

Résolution : CA05-57

TABLE DES MATIÈRES

Préambule

Objectif général et champ d'application

Définitions

Devoirs et obligations de l'administrateur

L'administrateur, après la fin de son mandat

Mécanismes d'application du code

Engagements

Annexe I - Déclaration des intérêts du directeur général

Annexe II - Déclaration des intérêts d'un administrateur autre que le directeur général

Annexe III - Affirmation d'office et de discrétion de l'administrateur

Annexe IV - Affirmation d'office et de discrétion du responsable de l'application du code d'éthique et de déontologie

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public présente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Une tel contrat social impose un lien de confiance particulier entre l'établissement et les citoyens.

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

Dans le respect des valeurs fondamentales, il est opportun de rassembler dans le présent **Code d'éthique et de déontologie** les principales lignes directrices d'éthiques

et déontologiques auxquelles les administrateurs de cet établissement adhèrent.

Selon les dispositions prévues à l'article 3.0.4 de la Loi modifiant la Loi sur le ministère du Conseil exécutif et d'autres dispositions législatives concernant l'éthique et la déontologie « Les membres du conseil d'administration de tout établissement public doivent établir un code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable. »

OBJECTIF GÉNÉRAL ET CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent Code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, ni d'établir une liste exhaustive des normes de comportement attendues de l'administrateur. Il cherche plutôt à réunir les obligations et devoirs généraux de l'administrateur.
2. Tout administrateur de l'établissement est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la loi et le présent Code. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

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

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

Notamment, il :

- Traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- Traite des devoirs et obligations des administrateurs;
- Prévoit des mécanismes d'application du code.

DÉFINITIONS

3. Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :
- a) « **administrateur** » désigne un membre du conseil d'administration de l'établissement, qu'il soit élu ou nommé;
- b) « **conflit d'intérêts** » désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;
- c) « **entreprise** » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de tout 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;
- d) « **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.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR

AGIT DANS L'INTÉRÊT DE L'ÉTABLISSEMENT ET DE LA POPULATION DESSERVIE

À cette fin, l'administrateur :

4. Est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
5. S'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés.
6. S'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.
7. S'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

AGIT AVEC SOIN, PRUDENCE, DILIGENCE ET COMPÉTENCE

À cette fin, l'administrateur :

Disponibilité et participation active

8. Se rend disponible pour remplir ces fonctions et prend un part active aux décisions du conseil d'administration.

Soins et compétence

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

Neutralité

10. Se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit.

Discrétion

11. Fait généralement preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles dont la communication ou l'utilisation pourraient 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.
12. Garde confidentiels les faits ou renseignements dont il prend connaissance et qui exigent, suivant la loi ou la décision du conseil d'administration, le respect de la confidentialité.

Relations publiques

13. Respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibés par la loi.

14. S'efforce, dans les meilleurs délais, de toujours donner au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir; s'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le service approprié de l'établissement.
15. Adopte une attitude de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.

AGIT AVEC HONNÊTÉTÉ ET LOYAUTÉ

À cette fin, l'administrateur :

16. Agit de bonne foi au mieux des intérêts de l'établissement et de la population desservie.
17. 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.

Biens de l'établissement

18. Utilise les biens, les ressources ou les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens.

Avantages ou bénéfices indus

19. Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le

compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.

20. Ne peut accepter ni solliciter aucun avantage, 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 compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

21. Ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement.

Transparence

22. Révèle tout renseignement ou fait aux autres membres du conseil d'administration lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait pourrait avoir un impact significatif sur la décision à prendre.

Interventions abusives

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

Conflits de devoirs ou d'intérêts

26. Évite les conflits de devoirs ou d'intérêts.

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

27. L'administrateur, sous peine de déchéance de sa charge, dénonce par écrit son intérêt au conseil lorsqu'il a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'un des établissements qu'il administre.

De plus, cet administrateur s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

Cependant, le fait pour cet administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise visée ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières. (LRQ, chapitre V-1.1)

Le directeur général et les conflits d'intérêts

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

Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession 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.

29. Doit, comme directeur général, dans les soixante(60) jours de l'anniversaire de sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition

de tels intérêts par le directeur général et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination.

30. Doit, comme directeur général, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le directeur général a des intérêts pécuniaires.

L'exclusivité de fonction du directeur général

31. Doit, comme directeur général, sous peine de déchéance de sa charge ou de suspension sans traitement et sous réserve des exceptions prévues à la loi, s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de sa fonction. Cependant, lorsqu'il occupe un autre emploi, charge ou fonction, il doit produire, dans les soixante (60) jours suivant sa désignation à cette fin et, à chaque année dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination, une déclaration écrite mentionnant l'existence de ce fait.
32. Doit s'interdire, comme directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, d'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.

L'ADMINISTRATEUR, APRÈS LA FIN DE SON MANDAT

Agit avec prudence, discrétion, honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

33. Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
34. Évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'établissement pour lequel il a agi est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.
35. S'abstient dans les six (6) mois suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, de solliciter un emploi auprès de l'établissement.
36. Ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenu dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur.
37. Évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et toutes les personnes qui y oeuvrent.

MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

Le conseil d'administration, après avoir adopté le Code d'éthique et de déontologie, forme un comité composé de 3 personnes pour s'assurer de son application et de son suivi. Le mandat de ce comité est :

INTRODUCTION D'UNE DEMANDE D'EXAMEN

1. Toute allégation d'inconduite ou de manquement à la loi ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise au responsable du Comité d'éthique et de déontologie ou, s'il s'agit de ce dernier, à tout autre membre du comité. La personne à qui cette allégation est transmise en saisit le comité qui doit alors se réunir, au plus tard dans les trente (30) jours suivants.

Le comité peut également examiner, à sa propre initiative, toute situation de comportement irrégulier d'un administrateur.

EXAMEN SOMMAIRE

2. Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le responsable du comité peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du comité, lors de la première réunion qui suit. Le comité peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

TENUE DE L'ENQUÊTE

3. Le comité décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

INFORMATION DE L'ADMINISTRATEUR CONCERNÉ

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

TRANSMISSION DU RAPPORT AU CONSEIL

5. Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent Code ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il transmet au

conseil d'administration un rapport contenant un sommaire de l'enquête et une recommandation de sanction. Ce rapport est confidentiel.

DÉCISION

6. Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut participer aux délibérations ou à la décision, mais il peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

SANCTIONS

7. Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours à la déchéance de charge. L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

ENGAGEMENTS

8. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque administrateur doit produire l'engagement contenu à l'Annexe III du présent Code. Chaque nouvel administrateur doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction. De plus, tout responsable de l'application du Code doit produire, dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction, l'engagement contenu à l'Annexe IV du présent Code.

ANNEXE I

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS du directeur général

Je, _____, directeur général du CSSS Pierre-Boucher, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est partie à un contrat de services professionnels avec un autre établissement régi par la **Loi sur les services de santé et les services sociaux**.

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises ainsi que les établissements concernés

2. Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est susceptible de conclure un contrat avec un autre établissement régi par la **Loi sur les services de santé et les services sociaux**.

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées

3. J'agis à titre d'administrateur d'une autre personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but non lucratif ou non.

Nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés

4. J'occupe un autre emploi auprès d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non. (identifiés ci-après)

Emploi

Employeur

En foi de quoi, j'ai signé à _____, le _____.

Signature du directeur général

ANNEXE II

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS d'un administrateur autre que le directeur général

Je, _____, administrateur du CSSS Pierre-Boucher, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est partie à un contrat avec le CSSS Pierre-Boucher ou qui est susceptible de le devenir.

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées

2. J'agis à titre d'administrateur d'une autre personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but non lucratif ou non et qui est en partie à un contrat avec le CSSS Pierre-Boucher ou qui est susceptible de le devenir.

Nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés

3. J'occupe l'(les) emploi(s) suivant(s) chez l'(les) employeur(s) identifié(s) ci-après.

Emploi

Employeur

En foi de quoi, j'ai signé à _____, le _____.

Signature de l'administrateur

ANNEXE III

CSSS PIERRE-BOUCHER

AFFIRMATION D'OFFICE ET DE DISCRÉTION DE L'ADMINISTRATEUR

Je, soussigné(e), _____, membre du conseil d'administration du CSSS Pierre-Boucher, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs, adopté par le conseil d'administration, le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié(e) par chacune de ses dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le CSSS Pierre-Boucher.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement de remplir fidèlement, impartialement, honnêtement et en toute indépendance, au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.

De plus, j'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli ou accomplirai dans l'exercice de mes fonctions, autre que le remboursement de mes dépenses alloué conformément à la Loi et que je ne révélerai et ne laisserai connaître, sans y être dûment autorisé(e), aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

Signé à _____, le _____

Signature de l'administrateur

ANNEXE IV

CSSS PIERRE-BOUCHER

AFFIRMATION D'OFFICE ET DE DISCRÉTION DU RESPONSABLE DE L'APPLICATION DU CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

Je, soussigné(e), _____, responsable de l'application du Code d'éthique et de déontologie, déclare avoir pris connaissance du Code applicable aux administrateurs, adopté par le conseil d'administration, le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié(e) par chacune de ses dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le CSSS Pierre-Boucher.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement de remplir fidèlement, impartialement, honnêtement et en toute indépendance, au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.

De plus, j'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli ou accomplirai dans l'exercice de mes fonctions, autre que le remboursement de mes dépenses alloué conformément à la Loi et que je ne révélerai et ne laisserai connaître, sans y être dûment autorisé(e), aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

Signé à _____, le _____

Signature du responsable de l'application du Code d'éthique et de déontologie

LISTE DES INSTALLATIONS

Centre de santé et de services sociaux
Pierre-Boucher

CENTRE ADMINISTRATIF

1333, boulevard Jacques-Cartier Est, Longueuil
(Québec) J4M 2A5
Téléphone : 450 468-8111
Télécopieur : 450 463-4113

HÔPITAL

Hôpital Pierre-Boucher
1333, boulevard Jacques-Cartier Est
Longueuil (Québec) J4M 2A5
Tél. : 450 468-8111
Télec. : 450 468-8188

L'ACCÈS : CENTRE D'INTERVENTION DE CRISE

Ligne d'intervention téléphonique
24 heures : 450 679-8689

CENTRES D'HÉBERGEMENT

Centre d'hébergement De Contrecoeur
4700, route Marie-Victorin
Contrecoeur (Québec) J0L 1C0
Tél. : 450 587-2492
Télec. : 450 587-8411

Centre d'hébergement De Lajemmerais
60, rue D'Youville
Varenes (Québec) J3X 1R1
Tél. : 450 652-2995
Télec. : 450 652-2998

Centre d'hébergement de Mgr-Coderre
2761, rue Beauvais
Longueuil (Québec) J4M 2A4
Tél. : 450 448-3111
Télec. : 450 448-4322

Centre d'hébergement du Chevalier-De Lévis
40, rue Lévis
Longueuil (Québec) J4H 1S5
Tél. : 450 670-5110
Télec. : 450 670-7292

Centre d'hébergement du Manoir-Trinité
1275, boulevard Jacques-Cartier Est
Longueuil (Québec) J4M 2Y8
Tél. : 450 674-4948
Télec. : 450 674-8571

Centre d'hébergement Jeanne-Crevier
151, rue De Muy
Boucherville (Québec) J4B 4W7
Tél. : 450 641-0590
Télec. : 450 641-3082

Centre d'hébergement René-Lévesque
1901, rue Claude
Longueuil (Québec) J4G 1Y5
Tél. : 450 651-2210
Télec. : 450 670-7731

CLSC

CLSC des Seigneuries de Varenes
2220, boulevard René-Gaultier
Varenes (Québec) J3X 1E3
Tél. : 450 652-2917
Télec. : 450 652-9902
Télec. : soutien à domicile : 450 652-6418

CLSC des Seigneuries de Boucherville
160, boulevard De Montarville
Boucherville (Québec) J4B 6S2
Tél. : 450 655-3630
Télec. : 450 655-8530

CLSC des Seigneuries de Contrecoeur
4700, route Marie-Victorin
Contrecoeur (Québec) J0L 1C0
Tél. : 450 652-2917
Télec. : 450 587-5447

CLSC des Seigneuries de Saint-Amable
539, rue Principale
Saint-Amable (Québec) J0L 1N0
Tél. : 450 922-5556
Télec. : 450 468-5251

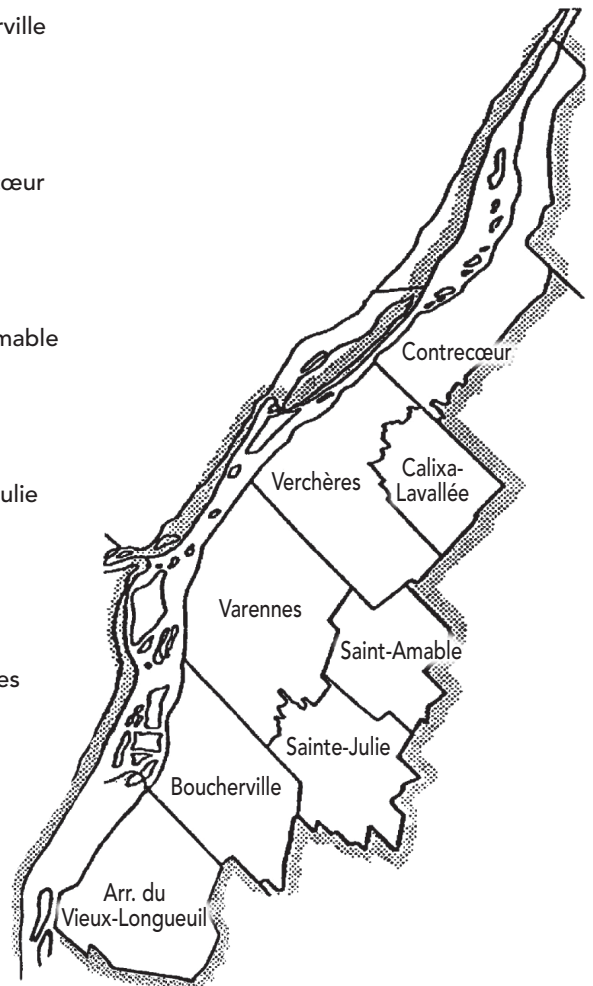
CLSC des Seigneuries de Sainte-Julie
461, boulevard Saint-Joseph,
bureau 112
Sainte-Julie (Québec) J3E 1W8
Tél. : 450 922-3670
Télec. : 450 468-4833

CLSC des Seigneuries de Verchères
90, montée Calixa-Lavallée
Verchères (Québec) J0L 2R0
Tél. : 450 583-3700
Télec. : 450 468-5316

CLSC de Longueuil-Ouest
201, boulevard Curé-Poirier Ouest
Longueuil (Québec) J4J 2G4
Tél. : 450 651-9830
Télec. : 450 651-5654

CLSC Simonne-Monet-Chartrand
1303, boulevard Jacques-Cartier Est
Longueuil (Québec) J4M 2Y8
Tél. : 450 463-2850
Télec. général : 450 646-7552
Télec., accueil centralisé : 450 646-1719
Télec., archives : 450 463-1879
Télec., soutien à domicile : 450 670-7138

CRÉER DES LIENS POUR LA VIE



Population / par territoire de CLSC

CLSC des Seigneuries	108 940
CLSC de Longueuil-Ouest et	
CLSC Simonne-Monet-Chartrand	130 025
Total :	238 965

Statistiques Canada - Recensement 2006

SOINS

PRÉVOYANCE

SANTÉ

