



RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2008-2009

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



TABLE DES MATIÈRES

	Page
Partie 1 : Message du président du conseil d'administration et de la directrice générale	5
Partie 2 : Déclaration de la directrice générale	9
Partie 3 : Présentation de l'établissement	13
Partie 4 : Activités 2008-2009	21
Partie 5 : Conseils et comités de l'établissement créés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux	57
Partie 6 : États financiers et analyse des résultats des opérations	69
Partie 7 : Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration	77

PARTIE 1

Message du président
du conseil d'administration
et de la directrice générale

MESSAGE DU PRÉSIDENT ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

Au-delà des activités quotidiennes qui nous passionnent et qui sont notre raison d'être, plusieurs grands dossiers, qui ont un impact majeur sur notre organisation actuelle et future, ont retenu notre attention au cours de l'année 2008-2009.

Nous pensons notamment, ici, aux travaux de l'an 3 du Projet clinique où, après avoir déterminé les cibles à atteindre pour améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité de nos services, les différentes équipes se sont attaquées à des plans d'action concrets pour actualiser ces cibles. Nous pensons, aussi, aux importants travaux nous ayant conduit à la visite d'Agrément Canada à l'automne 2009 et aux plans d'action subséquents en lien avec l'évaluation de plus de 1 000 critères de conformité correspondant à des normes établies en matière de qualité de services; aux déménagements des CLSC de Richelieu et de Saint-Césaire dans de nouveaux locaux mieux adaptés aux besoins de la clientèle et du personnel, de même qu'à la poursuite des démarches visant l'autorisation de la fusion des projets d'agrandissement et de construction de l'urgence, du bloc opératoire, des soins intensifs et des laboratoires; à la création d'un sixième groupe de médecins de famille sur notre territoire afin d'assurer une meilleure prise en charge de la clientèle; au lancement du programme AMPRO en natalité, qui est un programme de formation en prévention des risques obstétricaux; au plan de fidélisation de la main d'œuvre dans nos six centres d'hébergement; à la définition de notre vision et de nos valeurs au sein de l'établissement et à l'important exercice de titularisation des postes pour le personnel des soins infirmiers, pour ne nommer que ceux-ci.

Au chapitre budgétaire, mentionnons que l'année 2008-2009 a été une année difficile. Bien que nous ayons atteint l'équilibre budgétaire, des efforts considérables ont dû être consentis dans l'ensemble de l'organisation pour y arriver. L'année 2009-2010 s'annonce tout aussi difficile. À ce sujet, nous avons également entrepris, en 2008-2009, un important exercice d'évaluation de la performance clinique avec des groupes d'établissements comparables au nôtre, ce qui nous a permis de déterminer des ratios cibles à atteindre pour chaque secteur analysé.

À l'instar des années précédentes, la question de la pénurie de la main-d'œuvre a été au cœur de nos préoccupations tout au long de la dernière année. Nous avons réalisé des campagnes de recrutement ciblées, mais nous devons poursuivre nos efforts en ce sens par le développement de stratégies encore plus audacieuses et plus concertées avec les acteurs d'autres secteurs d'activités tels que le milieu scolaire, municipal, etc.

En 2009-2010, nous serons conviés à intensifier toutes les activités entourant notre grand Défi de la main-d'œuvre, que ce soit en matière de mobilisation des ressources, de recrutement et de fidélisation, de transformation organisationnelle du travail, de réorganisation du travail en lien avec les rôles et responsabilités, d'une meilleure trajectoire des soins et des services, etc.

Enfin, notons que l'année 2009-2010 sera riche en développement de toutes sortes, dont notamment la mise en œuvre de l'exercice de planification stratégique couvrant les trois prochaines années et qui nous permettra de mieux remplir notre mission en déterminant ce qui doit être fait afin d'assurer le développement de notre organisation. Cette planification nous permettra d'établir une vision commune de là où nous allons et de créer une cohérence dans le

choix de nos priorités et des actions qui en découlent, et ce, entre le conseil d'administration, la direction, les gestionnaires, les médecins et les employés.

En terminant, nous souhaitons remercier très chaleureusement tous les membres du personnel, les médecins, les bénévoles et administrateurs du CSSS Haut-Richelieu-Rouville pour leur engagement et leur dévouement quotidien auprès de notre clientèle et dans les différents dossiers et projets qui les animent. Leur professionnalisme et leur détermination sont un gage de réussite future de notre établissement. Nos remerciements, aussi, aux membres de la Fondation Santé qui travaillent très fort à soutenir nos nombreux projets.

C'est tous ensemble que nous pourrons viser l'excellence en continuant d'innover et de sortir des sentiers battus pour le mieux-être de la population de notre vaste territoire.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Robert Blanchard'.

Robert Blanchard, président

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Christine Lessard'.

Christine Lessard, directrice générale

PARTIE 2

Déclaration de la directrice générale

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2008-2009 du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu – Rouville :

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

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2009. »



Christine Lessard
Directrice générale

PARTIE 3

Présentation de l'établissement

MISSIONS

Situé en Montérégie, le Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu – Rouville répond à trois missions de services complémentaires, soit celles de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, de centre local de services communautaires (CLSC) et de centre d'hébergement incluant une unité de réadaptation fonctionnelle intensive. Notons que ces missions découlent directement de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec (L.R.Q., chapitre S-4.2, articles 80 et 83).

Le CSSS Haut-Richelieu – Rouville dispose de 15 installations différentes en plus d'offrir des services professionnels de soins palliatifs dans une ressource de type intermédiaire de 15 lits.

LA MISSION DE CENTRE HOSPITALIER

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

« Le CSSS Haut-Richelieu – Rouville comprend un hôpital de 307 lits de soins généraux et spécialisés ainsi que des services externes de psychiatrie »

LA MISSION DE CLSC

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

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

« Le CSSS Haut-Richelieu – Rouville comprend six installations de CLSC ainsi que la Centrale régionale Info-Santé de la Montérégie »

LA MISSION DE CENTRE D'HÉBERGEMENT

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

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

« Le CSSS Haut-Richelieu – Rouville comprend six centres d'hébergement totalisant 639 lits de longue durée, 40 lits de réadaptation fonctionnelle intensive, trois centres de jour et un hôpital de jour »

LE TERRITOIRE DESSERVI

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

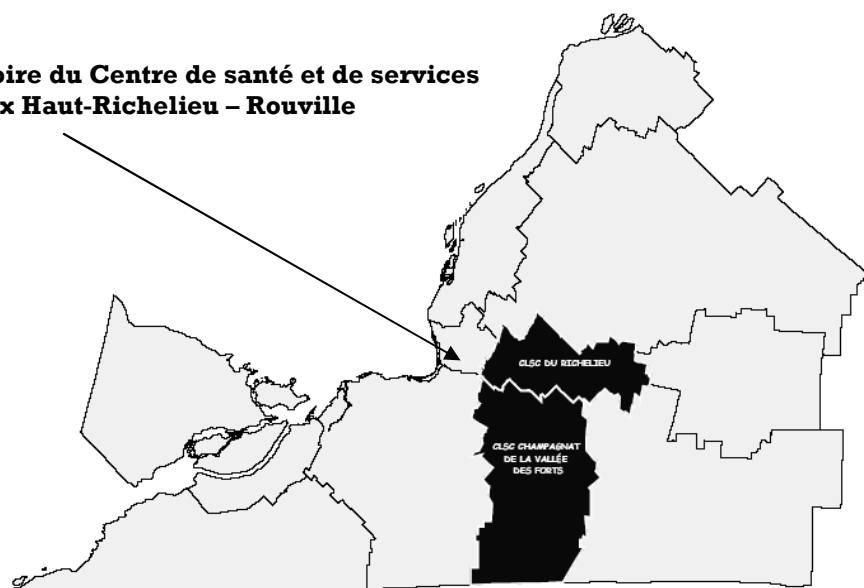
168 532 personnes habitent ce territoire. Toutefois, en ce qui concerne le programme de santé mentale, il faut noter que le bassin de population desservi s'étend au-delà du territoire défini puisqu'il couvre un bassin de plus de 196 000 personnes. Pour ce qui est de la population, le territoire du CSSS Haut-Richelieu – Rouville occupe la 5^e place sur les 11 que compte la Montérégie avec près de 12 % de la population totale. Il faut également noter que la population vivant sur le territoire du CSSS Haut-Richelieu – Rouville s'est accrue de près de 10 % au cours des dernières années.

Le Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu – Rouville, qui dispose de 15 installations, est présent dans 3 MRC distinctes (MRC de Rouville, MRC du Haut-Richelieu et MRC de la Vallée-du-Richelieu) et couvre un total de 21 municipalités. Notons que deux pôles urbains d'importance composent la trame du territoire :

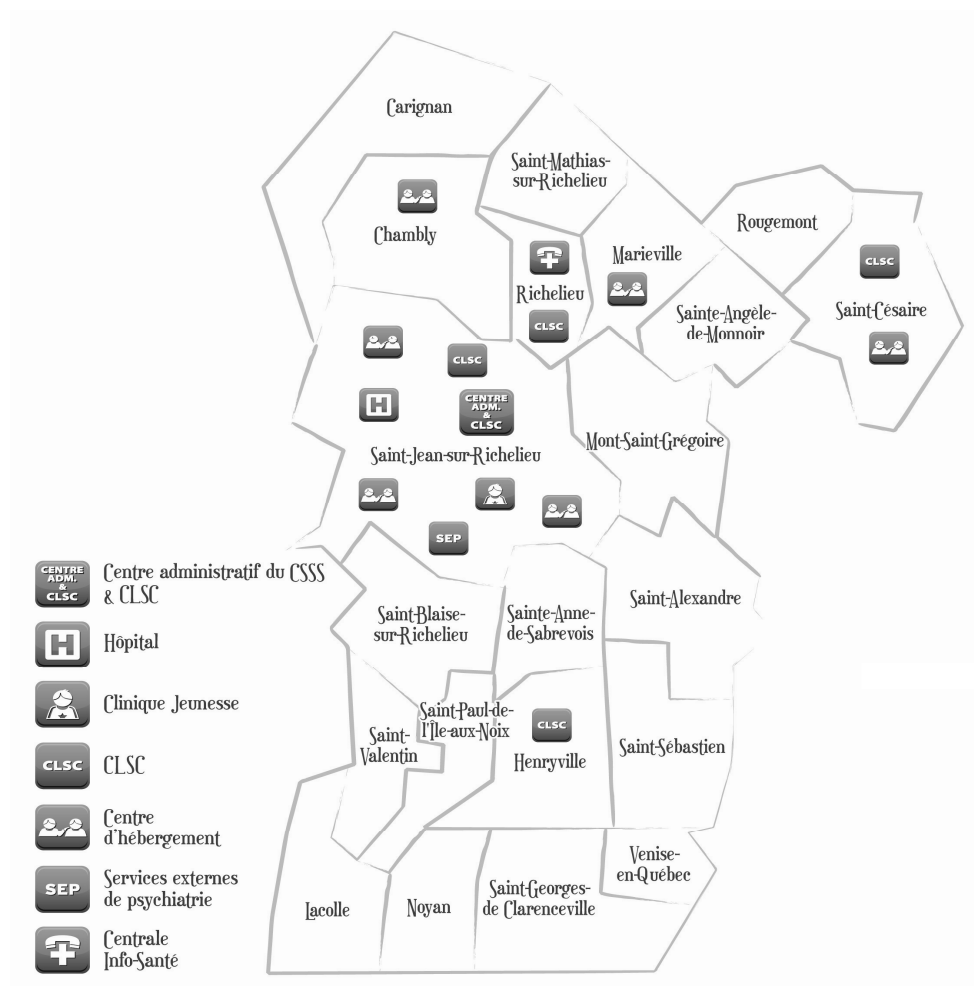
- Saint-Jean-sur-Richelieu, la 2^e plus grande ville de la Montérégie, avec 53 % de la population totale (89 388 personnes);
- Chambly, avec 14 % de la population totale (23 132 personnes).

Les 19 autres municipalités, situées davantage en zone rurale, affichent des populations variant de 485 à 8 078 personnes.

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



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



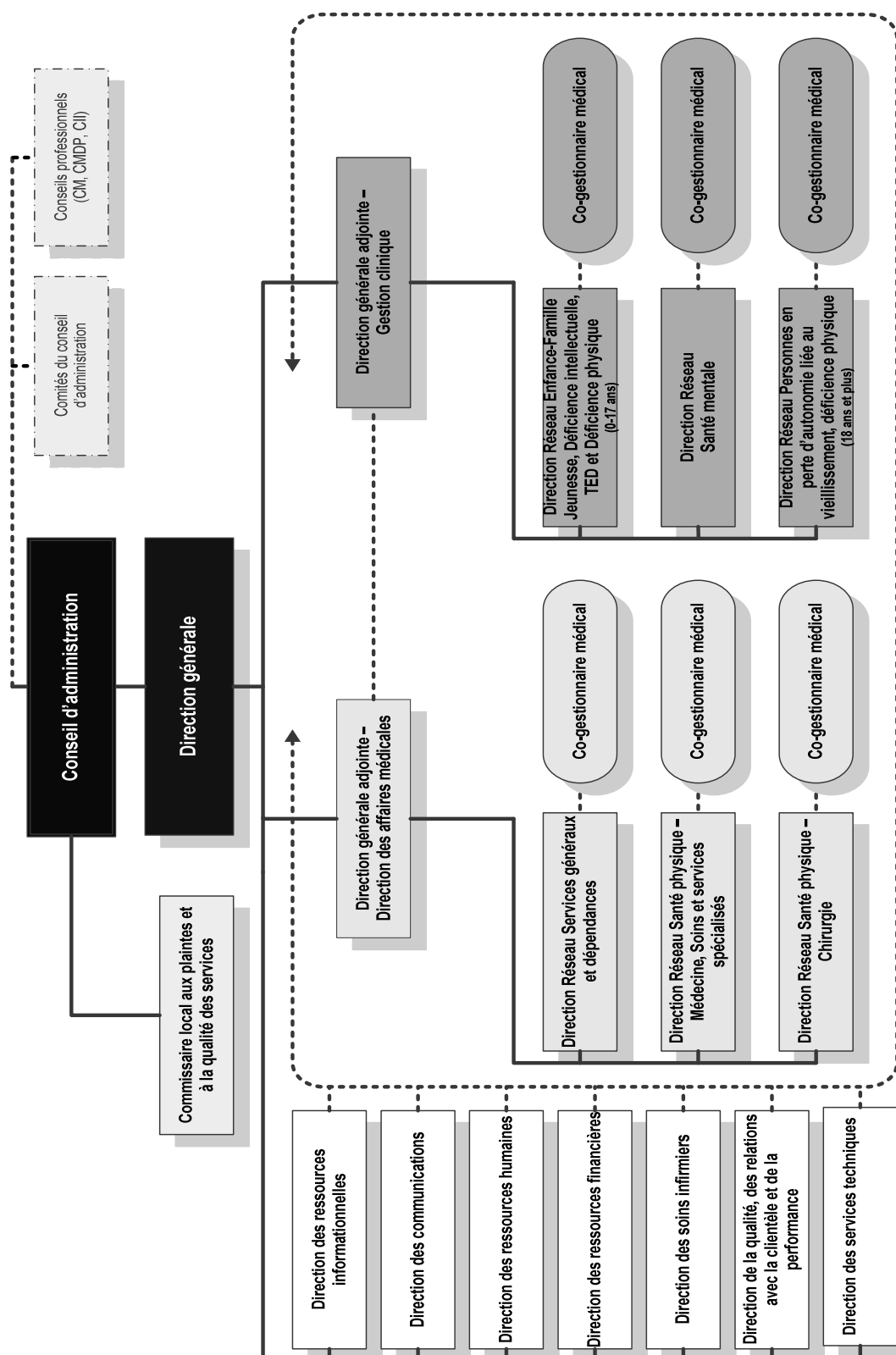
UNE ÉQUIPE AU SERVICE DE LA POPULATION

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

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

Les effectifs au 31 mars 2009

PERSONNEL DÉTENTEUR DE POSTES		2008-2009
<i>LES CADRES</i>		
TEMPS COMPLET (NOMBRE DE PERSONNES)		120
Temps partiel		
♦ Nombre de personnes		5
♦ Équivalents temps complet (ETC)		3
Personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi		0
<i>LES EMPLOYÉS RÉGULIERS</i>		
TEMPS COMPLET (NOMBRE DE PERSONNES)		1 271
Temps partiel		
♦ Nombre de personnes		1 109
♦ Équivalents temps complet (ETC)		615
Personnes bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi		1
PERSONNEL NON DÉTENTEUR DE POSTES		2008-2009
<i>LES OCCASIONNELS</i>		
♦ Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice		1 680 301
♦ Équivalents temps complet (ETC)		919



PARTIE 4

Activités 2008-2009

LE PROJET CLINIQUE

DE L'UNION DES GOUTTES D'EAU NAISSENT LES OCÉANS : ANNÉE 3

Les activités du Projet clinique se sont poursuivies au cours de l'année 2008-2009 dans les différentes équipes. Les porteurs de cibles ont travaillé de concert avec leur comité de travail respectif à élaborer la programmation de soins et de services, à rédiger leur plan d'action et à définir des indicateurs et objectifs de résultats à atteindre.

Des présentations des travaux en cours ainsi que des résultats obtenus émanant des chantiers ont été faits au conseil d'administration et se poursuivront au cours de la prochaine année.

Un nouvel outil de communication intitulé cibles prioritaires 2008-2013 a vu le jour et sera largement diffusé au cours de la prochaine année auprès de nos partenaires, nos employés et nos médecins. Ce document rappelle brièvement les étapes de la démarche et met l'accent sur les 65 cibles retenues.

Le bulletin d'information «Le Courant» a été publié à 2 reprises au cours de l'année et a permis de mettre en évidence l'avancement des travaux et de présenter des résultats concrets concernant l'amélioration des soins et services à la population.

Au cours de la prochaine année, l'établissement prévoit présenter aux différentes instances l'état d'avancement du Projet clinique. Un état des résultats de l'avancement des travaux est prévu au printemps et à l'automne de chaque année.

LES SERVICES GÉNÉRAUX

SERVICE REGIONAL INFO- SANTE, INFO- SOCIAL

La centrale régionale de la Montérégie est la 2^{ème} en importance au Québec, puisqu'elle dessert une population de 1 400 000 usagers. Malgré la pénurie de ressources infirmières actuelle, la réponse à la population se fait dans un délai moyen de 7 minutes.

Nous avons reçu, cette année, 445 670 appels comparativement à 445 838 appels en 2007-2008. Malgré l'arrivée du 8-1-1 en mai 2008, il n'y a pas eu d'augmentation significative du nombre d'appels reçus. Par conséquent, nous avons répondu à 330 948 appels pour cette année et à 301 505 appels en 2007-2008, soit une augmentation de 7 %. Nous avons répondu en moyenne à 907 appels par jour et, de ce nombre, 58 % ont été traités et n'ont demandé aucun suivi. Il y a eu 28% de références médicales, dont 2 % pour le médecin de l'urgence, 26 % pour un médecin autre que l'urgence et 17 % ont été référés à des ressources autres que médicales.

Pour la clientèle enregistrée, nous avons reçu 10 552 appels, tandis qu'en 2007-2008, le nombre était de 10 991, donc une légère baisse. Pour Info- Social, nous avons maintenant, en projet pilote, une présence 24 heures par jour et les appels sont passés de 3 286 en 2007-2008 à 4 513 pour cette année.

ARCHIVES DU CSSS

En novembre dernier, une importante campagne de « *sensibilisation à la confidentialité* », a été organisée pour l'ensemble du personnel, soit sous forme de kiosque d'information ou de rencontres avec les équipes afin de les sensibiliser à l'importance de la confidentialité. La campagne a connu un beau succès.

Le CSSS Haut-Richelieu – Rouville a fait l'acquisition d'un logiciel de prêt de dossiers informatisé pour son installation hospitalière qui est un outil efficace de gestion améliorant l'efficacité du service. Dans l'ensemble, les résultats de ce projet, nous ont permis: de soutenir les agents administratifs dans leur travail, de localiser rapidement et efficacement un dossier, de faire un suivi plus rigoureux des dossiers qui ne sont pas retournés dans les délais prévus, de normaliser les pratiques d'opération aux archives, de gérer de façon efficace des dossiers multi-tomes, d'avoir un mode simple d'extraction des données et d'analyser et évaluer la performance des archives afin de pouvoir rencontrer les objectifs de l'organisation.

SECTEUR SOCIAL ET PRÉVENTION-PROMOTION DE LA SANTÉ

Pour les services psychosociaux courants, 567 usagers ont bénéficié des services des intervenants sociaux ou des psychologues durant la dernière année. À l'installation du CLSC de la Vallée-des-Forts, des interventions de groupes thérapeutiques ont également permis d'offrir des services à 145 usagers. Nos ententes de gestion pour cette année étaient de 550 usagers.

L'infirmière de la clinique MCV-Diabète a vu 1 220 usagers de façon individuelle et la nutritionniste, 689. L'intervention de groupe a permis de rencontrer 458 usagers. Des rencontres de groupe sont offertes en collaboration avec une intervenante sociale et l'infirmière. Elles y traitent de l'impact du stress et de l'anxiété sur les maladies.

Dans le cadre du programme «abandon du tabagisme», nous avons comme objectif cette année d'offrir des services à 114 usagers. Nous avons rejoints 108 usagers, soit de façon individuelle ou en groupe. Nous avons également formé plusieurs intervenants du CSSS à l'intervention minimale pour l'arrêt tabagique.

Le programme «santé après 50 ans» avait comme objectif de former 16 groupes de rencontres, alors que 18 groupes ont finalement pu être réalisés.

SECTEUR SANTÉ

En 2008-2009, un 6^e Groupe de médecins de famille a été accrédité sur le territoire du CSSS Haut-Richelieu-Rouville. Nous avons également procédé à la mise en place d'un guichet d'accès pour la clientèle orpheline et vulnérable. Notre clinique de cytologie située au CLSC de Henryville a accueilli 144 femmes ce qui représente une augmentation de 31% par rapport à l'an dernier.

Du côté de nos centres de prélèvements, 89 154 personnes s'y sont présentés alors qu'en 2007-2008, 87 448 personnes avaient bénéficié du service.

En ce qui concerne nos services de santé courants en CLSC, 4 931 usagers ont été vus sur rendez-vous pour un total de 28 786 interventions individuelles. Les services sans rendez-vous offerts au CLSC de Richelieu nous ont permis de rencontrer 9 595 usagers pour un total de 16 448 interventions individuelles.

Enfin, la campagne annuelle de vaccination contre l'influenza a rejoint 14 263 usagers vaccinés, ce qui est comparable à l'an dernier où 14 278 avaient bénéficié du vaccin.

LA MÉDECINE, LES SOINS ET LES SERVICES SPÉCIALISÉS ET LES SERVICES DIAGNOSTICS

URGENCE HOSPITALIÈRE

L'urgence de l'Hôpital du Haut-Richelieu est la 2^e urgence la plus achalandée en Montérégie. En 2008-2009, le nombre de visiteurs reçus a été de 58 697 personnes, ce qui représente une très légère hausse de 409 visiteurs de plus qu'en 2007-2008.

Le tableau suivant dresse les statistiques de notre département d'urgence pour l'année 2008-2009.

	2008-2009	2007-2008
Séjour moyen sur civière		
Engagement	13,7 heures	13,7 heures
État actuel	16,8 heures	15 heures
Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus		
Engagement	19 heures	19 heures
État actuel	25,8	23,8 heures
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus		
Engagement	2,7%	2,7 %
État actuel	6,2%	5,2 %
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus		
Engagement	5,5%	5,5 %
État actuel	14,5%	12,75 %

LUTTE CONTRE LE CANCER

En 2008-2009, à la suite de l'arrivée d'une nouvelle hémato-oncologue, nous avons connu une augmentation considérable du nombre de patients vus par rapport à l'année précédente. Ainsi, 491 visites supplémentaires ont été possibles à la clinique d'hémato-oncologie. En ce qui concerne la clinique du sein, l'année 2008-2009 aura également permis de voir 516 patientes de plus que l'année précédente.

Par ailleurs, dans le secteur des soins palliatifs, rappelons qu'en décembre 2007, le CSSS Haut-Richelieu – Rouville inaugurerait la toute nouvelle maison de soins palliatifs de 15 lits conçue selon un modèle novateur de ressource intermédiaire qui est une première québécoise. Ainsi, depuis l'ouverture officielle de la Maison, le CSSS y offre tous les services professionnels à la clientèle hébergée. En 2008-2009, nous y avons accueilli 238 patients en fin de vie. La moyenne du taux d'occupation s'est située à 87%, soit une augmentation de 7% par rapport à l'année précédente.

De plus, notons que la clientèle nécessitant des soins palliatifs est nombreuse. Du côté des soins palliatifs offerts à domicile, l'année 2008-2009 aura permis de voir 424 usagers, dépassant ainsi notre engagement qui était de 348 usagers.

ALTERNATIVE À L'HOSPITALISATION

En 2008-2009, **La clinique d'hépatite C** nous a permis de voir 248 patients qui se seraient présentés à l'urgence faute d'un tel suivi, ce qui représente une augmentation de fréquentation très significative de plus du double par rapport à l'an dernier durant laquelle 110 patients y avaient été rencontrés.

IMAGERIE MÉDICALE

Malgré le fait que nos effectifs médicaux ne soient pas complets dans le secteur d'activités de la radiologie, nous avons réussi à maintenir un service de qualité à la population tout au long de l'année 2008-2009. Nous avons également bénéficié de l'aide de radiologistes externes à notre établissement.

De plus, notre panier de services s'est diversifié et, malgré les demandes croissantes pour les examens spécialisés (IRM, SCAN, ÉCHO, ANGIO), nous avons augmenté notre rendement puisque le volume des examens réalisés est plus important que celui de l'année précédente.

Par ailleurs, nous offrons maintenant la possibilité de faire des examens invasifs, ce qui n'était pas le cas auparavant. Nous réalisons maintenant des drainages, des biopsies ou tout autre examen de ce type. Alors qu'auparavant nous devions diriger notre clientèle vers d'autres centres, nous sommes maintenant en mesure d'offrir la majorité de ces services. Cette approche permettra à notre clientèle de bénéficier d'un meilleur suivi et d'une meilleure qualité de soins.

Par contre, il n'a pas été possible d'offrir à toute la clientèle enceinte la possibilité de passer leurs échographies fœtales à notre hôpital. Pour pallier cette problématique, nous avons développé un corridor de services avec une clinique privée afin que les patientes puissent passer leurs examens dans le délai prévu. Heureusement, dans la prochaine année, nous pensons être en mesure de répondre aux demandes d'échographies fœtales de notre population et de les réaliser à notre département de radiologie grâce à l'achat d'un nouvel appareil d'échographie.

La prochaine année s'annonce intéressante pour la radiologie puisque nous prévoyons recruter au moins deux nouveaux radiologistes. De plus, nous aurons deux nouvelles acquisitions : un appareil d'échographie et une nouvelle salle de scopie.

	Nombre d'examens 2007-2008	Nombre d'examens 2008-2009
Radiologie générale	60 853	61 722
Mammographie	1 101	1 155
Tomodensitométrie	9 170	10 139
Résonance magnétique	672	1 570
Angioradiologie	408	404
Électrophysiologie d'intervention	137	152
Médecine nucléaire	5 172	5 123

PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE

En physiologie respiratoire, nous avons développé des cliniques de dépistage de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) dans plusieurs cliniques médicales et GMF de notre réseau local. Cette action répond à l'une des cibles retenues dans le cadre du Projet clinique, soit celle d'augmenter l'accessibilité à des épreuves diagnostiques dans le but d'un diagnostic précoce.

Le laboratoire a aussi fait l'acquisition d'un nouveau système d'évaluation pulmonaire à la fine pointe de la technologie, améliorant ainsi la qualité et l'accessibilité aux différentes épreuves de physiologie respiratoire.

INHALOTHÉRAPIE

En 2008-2009, l'implantation d'un nouveau protocole d'ajustement et de modification de la thérapie par aérosolthérapie a contribué à un meilleur traitement pour notre clientèle en permettant d'adapter le traitement aux besoins de chacun de nos clients et d'ainsi augmenter les résultats des traitements. Notons que le service d'inhalothérapie est un chef de file en ventilation mécanique ce qui nous permet d'agir comme consultant pour plusieurs hôpitaux du Québec.

CARDIOLOGIE

Le service de cardiologie a fait l'acquisition d'un nouveau système ambulatoire avec 12 boîtiers permettant une meilleure qualité d'examen dispensés pour notre clientèle souffrant de problèmes cardiaques. Ce système élargit la gamme d'examen disponibles et est beaucoup plus facile à utiliser pour la clientèle. Nous sommes à instaurer le système pour la transcription des rapports avec les archives.

NEUROLOGIE

Encore une fois cette année, nous avons réussi à maintenir nos listes d'attente à un niveau très bas permettant ainsi une grande flexibilité pour la clientèle tant hospitalisée qu'en externe. En effet, pour les EEG éveil et sommeil, nos délais sont de moins d'une semaine, et pour les EMG, les délais d'attente sont de moins de 2 mois.

BIOLOGIE MÉDICALE

En 2008-2009, le volume total de procédures a augmenté de 6% par rapport à l'année 2007-2008.

Le service de cytologie a connu le meilleur délai d'attente pour la lecture des lames de gynécologie (PAP test) en Montérégie. En 2008-2009, notre délai d'attente s'est maintenu entre 4 et 5 semaines.

Le service de biochimie a également fait l'acquisition de nouveaux équipements, soit le système MPA qui est un robot pré-analytique et l'appareil COBAS 6000 qui a remplacé deux appareils :

l'Intégra 800 et l'Elecsys 2010. Dans notre catégorie d'établissements, nous sommes les premiers au Québec à avoir obtenu cette combinaison d'appareils.

Qualité des services

Au cours de l'année, à la suite de l'implantation de l'ISO, le service de pathologie a développé plusieurs indices de contrôle de qualité et de performance. Nous sommes également inscrits au programme canadien de contrôle de qualité (CIQC).

De plus, la visite d'inspection en profondeur du service transfusionnel de la banque de sang a démontré que ce dernier a atteint la majorité des objectifs de qualité. Ce service s'est également doté d'un nouvel équipement automatisé à la fine pointe de la technologie, soit le Galiléo Echo. Une entente de site pilote pour le Québec a été conclue avec notre CSSS, de même que le projet de développer une interface avec le logiciel Traceline.

Par ailleurs, le service de microbiologie a implanté un programme de contrôle interne de qualité pour les milieux de culture et les tests manuels effectués en bactériologie et le service d'hématologie est en évolution avec l'assimilation et l'intégration des nouvelles procédures de travail et d'exigences de qualité depuis la visite d'Agrément Canada.

LES SERVICES DE CHIRURGIE ET DE RÉADAPTATION

ENTENTES DE GESTION ET CIBLES DE PRODUCTION EN CHIRURGIE

Chaque année, des priorités, des objectifs, des orientations et des cibles sont établis à l'intérieur d'une entente de gestion signée entre le CSSS et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Cette entente fixe notamment le nombre d'interventions chirurgicales à réaliser. Le tableau suivant dresse le portrait du nombre d'interventions chirurgicales effectuées en 2008-2009 à notre installation de l'Hôpital du Haut-Richelieu. Les résultats atteints démontrent que nous dépassons les cibles fixées dans trois secteurs sur cinq.

Interventions chirurgicales en 2008-2009	Nombre d'usagers	Cible fixée
Prothèse totale du genou (PTG)	187	153
Prothèse totale de la hanche (PTH)	107	104
Cataractes	1 970	1 628
Chirurgies avec hospitalisations (excluant les PTG et les PTH)	2 399	2 581
Chirurgies d'un jour (excluant les cataractes)	3 716	3 750

LISTES D'ATTENTE EN CHIRURGIE

La gestion des listes d'attente en chirurgie demeure une préoccupation majeure pour notre organisation.

À la fin de mars 2009, le portrait des listes d'attente hors délai, c'est-à-dire celles présentant des patients en attente de plus de six mois, était le suivant :

	Résultat atteint	Cible fixée
% de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	91%	90%
% de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	84,4%	90%
% de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	99,9%	90%

SUIVI SYSTÉMATIQUE POUR LES PROTHÈSES DE HANCHE (PTH) ET LES PROTHÈSES DE GENOU (PTG)

Ce programme, qui est en place depuis août 2004, permet d'établir un continuum de soins qui s'étend de la phase opératoire à la réintégration domiciliaire, tout en offrant les services

nécessaires les plus efficaces et efficients possibles à toutes les étapes de l'épisode de soins. Les objectifs de ce suivi consistent, d'une part, à réduire la durée moyenne de séjour hospitalier de 8,8 jours à entre 5 et 7 jours et, d'autre part, à diminuer le nombre de jours passés à l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) du centre d'hébergement Sainte-Croix en lui substituant un service de réadaptation à domicile effectué par nos CLSC. En 2008-2009, le portrait de la clientèle hébergée à l'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive présentait le profil suivant :

- Prothèse totale du genou : 21%
- Prothèse totale de la hanche : 13,6%
- AVC : 11,2%
- Fractures de la hanche : 23,4%
- Autres cas : 30%

Notons enfin que le nombre de personnes hébergées à l'URFI pour des prothèses totales de la hanche ou du genou diminue d'année en année en raison d'un accroissement de services à domicile.

AUTRES ACTIVITÉS CLINIQUES

Les activités d'endoscopie présentes à l'hôpital ont connu une augmentation du nombre d'interventions au cours de 2008-2009. En effet, le nombre total d'examens effectués dans ce centre d'activités au cours de la dernière année a été de 15 107 interventions comparativement à 14 748 pour l'année précédente.

Par ailleurs, au niveau des cliniques externes de l'hôpital, les activités se répartissent en deux secteurs, soit l'orthopédie et les cliniques externes spécialisées. En 2008-2009, l'orthopédie a reçu 22 887 visites, soit une augmentation par rapport à 2007-2008 qui avait permis de voir 21 991 visiteurs. Du côté des cliniques externes spécialisées, ces dernières ont connu une légère diminution de clientèle avec 22 187 visites en 2008-2009 comparativement à 22 530 visites en 2007-2008.

LES SOINS INFIRMIERS

PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER

L'implantation du plan thérapeutique infirmier (PTI) à travers toutes les missions de l'organisation est maintenant finalisée. Cette implantation majeure a été l'occasion de rafraîchir les rôles et responsabilités des différents membres des équipes soignantes et ainsi poursuivre l'actualisation des différentes pratiques professionnelles telles que définies par la « loi 90 ».

Le programme des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) a également fait l'objet d'une évaluation de la qualité des soins offerts dans nos centres d'hébergement. L'évaluation a donné lieu à un plan d'action qui se poursuivra tout au long de l'année.

PROJET NOVATEUR EN TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION POUR LE SOUTIEN À DOMICILE

Le développement du progiciel SyMo poursuit son importante croissance. Ce progiciel, qui est maintenant implanté dans les deux CLSC de notre organisation, a été l'heureux gagnant de deux prix au cours de la dernière année, soit : un prix régional remis par l'Ordre des infirmières et infirmiers de la Montérégie et le Grand prix provincial d'Innovation clinique 3M remis par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Les résultats obtenus, tant d'un point de vue clinique qu'administratif, ont démontré la valeur ajoutée d'un tel outil informatique pour l'évaluation et le suivi de la clientèle, permettant d'assurer la continuité des services et des soins infirmiers, tout en favorisant des soins sécuritaires à notre clientèle. Ce projet, qui remporte un grand succès, combine efficacité et efficience puisqu'il nous permet également de desservir quotidiennement un plus grand nombre d'utilisateurs à domicile.

Ce progiciel est dorénavant en implantation dans plusieurs établissements de santé et de services sociaux, tant en Montérégie que dans d'autres régions.

LES SERVICES À L'ENFANCE, AUX FAMILLES ET À LA JEUNESSE

MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACCÈS AUX SERVICES POUR LES PERSONNES AYANT UNE DÉFICIENCE INTELLECTUELLE (DI), PHYSIQUE (DP) ET/OU UN TROUBLE ENVAHISSANT DU DÉVELOPPEMENT (TED)

En juin 2008, le MSSS lançait son plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience ou un TED, « Afin de faire mieux ensemble ». Ce plan propose des critères et des standards permettant de baliser l'accès aux services spécifiques du CSSS pour les clientèles ayant une DI, une DP ou un TED dans des délais raisonnables. Ce plan représente un changement majeur dans la gestion de l'accès aux services de première ligne par notre établissement et de la continuité de services s'y rattachant. Le plan prenait effet à l'automne 2008.

Ainsi, à terme, les demandes de services identifiées à partir des critères de priorité comme étant de niveau **urgent** recevront une offre de début de services dans un délai maximal de 72 heures suivant la réception de la demande; les demandes de niveau de priorité **élevé** recevront une offre de début de services à l'intérieur de 30 jours et les demandes de niveau **modéré** recevront une offre de début de services à l'intérieur de l'année suivant l'analyse de la demande. Aussi, le CSSS devait soumettre à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie un plan local d'amélioration de l'accès et de la continuité pour atteindre les standards visés, ce qui a été produit en novembre 2008. Deux gestionnaires d'accès ont été désignés pour s'assurer de la mise en œuvre du Plan d'accès dans notre CSSS, tant en DI-TED et DP Jeunes qu'en DP Adulte. Depuis l'automne 2008, pour chaque demande reçue, une réponse écrite est transmise au demandeur pour l'informer de la décision rendue sur l'admissibilité de la demande de services et du moment probable du début des services.

Pour les demandes de services reçues avant le 1^{er} novembre 2008, notre établissement devait prévoir un plan de résorption de la liste d'attente qui s'élevait alors à 44 demandes en DI-DP-TED. Or, en fin d'année financière, 31 de ces demandes avaient été traitées et tout indique que cette liste d'attente sera résorbée sur une période d'une année plutôt qu'échelonnée sur deux ans telle qu'anticipée au départ. De plus, pour les demandes de services reçues après le 1^{er} novembre 2008, notre établissement a respecté son engagement de débiter les services pour l'ensemble des demandes ayant un niveau de priorité « urgent » ou « élevé » selon les délais prescrits. De nombreux défis demeurent pour une mise en œuvre plus fluide du Plan d'accès, notamment en regard des standards de continuité (désignation d'un intervenant pivot, élaboration de PSI), mais la mobilisation démontrée cette année par les équipes et les gestionnaires impliquées est prometteuse d'une offre de services améliorée.

DÉPLOIEMENT DE L'ÉQUIPE D'INTERVENTION JEUNESSE 0-21 ANS (ÉIJ) DANS NOTRE RÉSEAU LOCAL DE SERVICES (RLS)

L'offre de service 2007-2012 du MSSS en matière de Jeunes en difficulté prévoit le déploiement d'équipes d'intervention jeunesse dans tous les RLS pour les jeunes présentant des

problématiques multiples et complexes. Aussi, le déploiement de cette fonction dans notre RLS constitue une réponse concrète à cinq cibles identifiées lors des travaux du Projet clinique en Enfance-Famille-Jeunesse et en Santé mentale jeunesse afin d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services pour les jeunes en difficulté et leurs familles.

Dès septembre 2008, des activités de promotion du rôle de l'ÉIJ, de même que des activités de liaison avec les partenaires jeunesse, de médiation et d'intégration visant à assurer l'accès, la continuité et la complémentarité des services pour les jeunes présentant des problèmes multiples et complexes, ont été démarrées. Ces activités ont, entre autres, mené à la formation d'un comité de coordination ÉIJ constitué de 17 agents de liaison provenant des différents partenaires jeunesse du RLS (CJM, Commission scolaires, CPE, CMR, SRSOR, Le Virage, CSSS) confirmant ainsi l'engagement de chacun d'eux à collaborer au soutien d'une offre de services coordonnée et concertée auprès des jeunes et leurs familles. Le comité de coordination s'est aussi vu confié, subséquemment, le mandat de l'implantation du plan de service individualisé (PSI) Jeunesse sur le territoire selon le cadre de référence montérégien en la matière.

L'ÉIJ a officiellement pris son envol à partir de février 2009 avec l'ouverture du service et la réception des références selon les modalités déterminées par le comité de coordination. Pour cette courte période de l'année 2008-2009, 15 demandes de consultation diverses en lien avec des arrimages, des liaisons à faire ou du soutien PSI, et sept références pour de la concertation, de la médiation partenariale ou l'élaboration d'un PSI, ont été reçues. Cinq PSI ont été réalisés, de même qu'une révision de médiation. Nous sommes donc sur une heureuse lancée en ce qui a trait au déploiement de l'équipe d'intervention jeunesse dans notre réseau local. Nous croyons que la relance du PSI Jeunesse par le comité de coordination est un bel outil de consolidation de l'ÉIJ et une assurance d'une plus grande continuité de l'intervention auprès des jeunes.

IMPLANTATION DU PROGRAMME DE FORMATION AMPRO (APPROCHE MULTIDISCIPLINAIRE EN PRÉVENTION DES RISQUES OBSTÉTRICAUX) EN NATALITÉ

La prestation sécuritaire de soins et services, tout comme l'amélioration continue de la qualité, figure au nombre des priorités organisationnelles du CSSS. De son côté, le MSSS a décidé d'agir en ce qui concerne l'obstétrique en supportant dans ses orientations le déploiement du Programme de formation AMPRO dans tous les centres accoucheurs du Québec. Il s'est avéré que ce programme novateur de perfectionnement professionnel sur trois ans était souhaité par nos équipes médicales et cliniques depuis déjà quelques années.

Ce programme, qui place la sécurité de la patiente au premier plan, permet à l'équipe multidisciplinaire de revoir les façons de faire traditionnelles dans l'unité de soins et amène les membres de l'équipe à perfectionner une toute nouvelle approche où les soins sont axés sur la collaboration interprofessionnelle et le travail d'équipe. La sécurité devient ainsi une priorité et une responsabilité que tous partagent.

Le premier des trois modules du programme de formation AMPRO a été déployé dès septembre 2008 avec un lancement officiel le 13 novembre 2008. Soutenue par une équipe de base constituée de 16 membres, le programme compte plus de 60 participants s'étant engagés à y participer. Parmi les participants, on retrouve des omnipraticiens, des obstétriciens, des infirmières, des gestionnaires et des conseillères. Les participants sont notamment appelés à

réaliser des exercices pratiques de compétence sur différents thèmes tels que l'accouchement par forceps ou ventouse, et des ateliers d'examen clinique avec objectifs spécifiques.

L'implantation du programme a nécessité beaucoup d'efforts et d'énergie à l'équipe dans un contexte d'augmentation des naissances pour une quatrième année de suite et de pénurie de main-d'œuvre. En effet, nous sommes passés de 1 094 naissances vivantes en 2005-2006 à 1 373 naissances vivantes en 2008-2009. Nous reconnaissons ainsi tout l'engagement de ces professionnels à offrir des services de qualité basés sur les meilleures pratiques. Nous poursuivons donc la route vers une culture de sécurité en natalité avec tous les défis que cela représente.

LES SERVICES EN SANTÉ MENTALE

AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES DANS LES RESSOURCES DE TYPE FAMILIAL (HÉBERGEMENT)

En 2008-2009, les propriétaires des ressources de type familial et les intervenants se sont mobilisés pour améliorer la qualité des services à la clientèle. À ce titre, plusieurs activités ont été réalisées :

- Un plan d'intervention a été élaboré pour chaque personne.
- Une formation concernant le rétablissement et l'importance d'y inclure le projet de vie du client a été donnée par l'Association québécoise de la réadaptation psychosociale.
- Une évaluation régulière du potentiel de réadaptation des résidents a été mise en place.
- Une plus grande importance a été accordée à la contribution du suivi intensif pour soutenir la personne qui souhaite aller en logement dans un avenir rapproché.
- L'ajout d'un suivi de santé physique a été offert par une infirmière.
- Un coffre à outils permettant de mieux soutenir les propriétaires et les intervenants sociaux à assumer leurs rôles et leurs responsabilités au niveau du suivi physique a été développé.
- Des démarches ont été faites pour sensibiliser le client à s'occuper de sa santé.

L'hébergement n'est donc plus une fin en soi, mais un tremplin permettant d'atteindre un but et d'améliorer sa santé.

Nous avons également maintenu un partenariat avec l'Association canadienne de la santé mentale, filiale de Saint-Jean, de façon à poursuivre l'approche centrée sur le rétablissement. Deux usagers participant au programme Inter-Agir (plateau de travail) visitent les personnes dans les ressources d'hébergement en santé mentale et animent des activités diverses dans le but de les mobiliser. Ils agissent comme modèle auprès des résidents.

Les différents travaux réalisés dans le cadre de cette démarche d'amélioration démontrent que c'est dans les petits gestes quotidiens, l'attitude et le travail de collaboration que le rétablissement de la personne devient possible. Chacun peut devenir contributeur au rétablissement en accompagnant la personne dans la réalisation de son objectif.

La démarche fera l'objet d'une présentation aux Journées biannuelles du Ministère sous le thème « Démarche de rétablissement engagée du CSSS Haut-Richelieu – Rouville dans ses ressources d'hébergement ».

SUIVI INTENSIF : OFFRE DE SERVICE ACCRUE

Une partie de notre clientèle est affectée sévèrement par une maladie d'ordre psychotique et a souvent des problèmes d'ordre social, judiciaire, de dépendance et, parfois, d'itinérance. Les personnes sont habituellement hospitalisées sur une longue période et/ou à plusieurs reprises.

Le suivi intensif qui vise cette clientèle est un service spécialisé reconnu comme une des meilleures pratiques d'intervention. Cette approche vise à offrir intensivement des services de traitement et de réadaptation dans la communauté de la personne, dans le but d'améliorer son intégration sociale et de l'aider à jouer ses rôles sociaux (logement, études, travail, famille, réseau social, etc.). L'implantation d'un tel programme permet de répondre aux besoins complexes du client, d'améliorer sa satisfaction et celle de sa famille.

Pour mieux répondre aux besoins, le nombre de places au programme est passé de 42 à 82, ce qui a permis de rejoindre 87 personnes en 2008-2009. Notons que ce besoin avait été retenu comme une cible prioritaire de notre Projet clinique.

De plus, tout au long de l'année, des liens se sont poursuivis avec les différents partenaires de notre réseau local, dont, notamment, le Service de police de la Ville de Saint-Jean-sur-Richelieu, la Maison le Point commun, le Centre de prévention du suicide du Haut-Richelieu, l'Éclusier, le Centre jeunesse de la Montérégie, les médecins de famille, les propriétaires des ressources d'hébergement, etc.

AMÉLIORATION DE L'ACCESSIBILITÉ

En 2008-2009, des efforts importants ont été déployés par les équipes de 1^{re} et de 2^e lignes afin d'accroître l'accessibilité aux services de santé mentale.

Ainsi, pour la dernière année, au niveau des services de 1^{re} ligne, 270 jeunes ont été vus comparativement à 171 jeunes l'année précédente, ce qui représente une amélioration de 58%.

En 2^e ligne, nous avons réduit le nombre de personnes en attente de services de plus de 60 jours. À la fin de l'année, il n'y avait qu'un seul jeune et 30 adultes en attente, en comparaison avec l'année 2007-2008 où 5 enfants et 81 adultes étaient en attente de plus de 60 jours.

Du côté de la moyenne de durée de séjour des patients à l'urgence de l'hôpital, nous affichons toujours un très bon taux, inférieur à la cible ministérielle qui est de 12 heures. En effet, notre moyenne est de 9,2 heures comparativement 17,6 heures pour la Montérégie.

LES SERVICES AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

CERTIFICATION DES RÉSIDENCES PRIVÉES POUR PERSONNES ÂGÉES

L'année 2008-2009 a été marquée par l'important soutien apporté aux 50 résidences privées du territoire du CSSS dans leur processus d'agrément. Rappelons qu'à la suite de l'adoption du règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité de résidence pour personnes âgées, le CSSS a travaillé à l'élaboration d'outils pour l'évaluation des besoins de la clientèle et l'adaptation de l'offre de services en collaboration et complémentarité avec le réseau d'hébergement privé. Au 31 mars 2009, toutes les demandes d'accréditation étaient complétées; 47 résidences avaient été visitées par le Conseil québécois d'agrément et 23 résidences avaient obtenu leur certificat d'accréditation.

SERVICES DE SOUTIEN POUR LES AIDANTS NATURELS

En 2008-2009, la consolidation et le développement de services de répit-accompagnement à domicile pour des personnes souffrant de démence ou d'un trouble apparenté s'est poursuivi, en collaboration avec les organismes du milieu membres du ROMAN et la Société d'Alzheimer du Haut-Richelieu. Cette concertation a permis à une trentaine de personnes du territoire du CSSS de bénéficier de la présence d'un accompagnateur de la Société d'Alzheimer pour des périodes d'une demi-journée à une journée par semaine.

De plus, à l'hiver 2009, tous les mécanismes ont été établis pour offrir des services à l'intention des personnes âgées présentant une perte d'autonomie physique : une halte-répit de deux jours par semaine au centre communautaire l'Entraide Plus, accueillant six clients par jour et offrant des services de répit à domicile par un accompagnateur de Centre d'action bénévole de Saint-Jean pour douze personnes par semaine.

Ainsi, 93 personnes différentes ont reçu des services, pour un total de 18 858 heures.

DÉPISTAGE DE LA DÉFICIENCE VISUELLE

En lien avec le Projet clinique, la cible de prévention identifiée comme prioritaire est l'amélioration de la détection et de la référence précoce des problèmes visuels chez les personnes âgées. La détection précoce vise à orienter rapidement les aînés vers les services pertinents. Ainsi, en collaboration avec l'Institut Nazareth et Louis Braille, notre établissement fait l'expérimentation d'un projet pilote qui vise les personnes de 75 ans et plus. En 2008-2009, tous les intervenants ont été formés et l'équipe a intégré le dépistage dans son processus d'évaluation.

PLAN DE FIDÉLISATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

Les travaux entourant ce projet d'envergure se sont poursuivis très activement tout au cours de l'année 2008-2009 au CSSS Haut-Richelieu – Rouville.

Rappelons que ce plan de fidélisation vise à favoriser et valoriser la pleine contribution de chacune des catégories de personnels aux soins et services à la clientèle, de même que la collaboration et le travail en interdisciplinarité.

Cette année, toutes les infirmières des six centres d'hébergement ont été rencontrées. Leurs activités, leurs rôles et responsabilités, de même que les structures de postes, ont été analysés et révisés. Les contraintes entravant l'accomplissement de leur rôle ont été identifiées et des solutions ont été apportées.

C'est également au cours de l'année 2008-2009 que nous avons procédé au rehaussement des compétences des infirmières. Ainsi, toutes les infirmières des six centres d'hébergement ont été formées à l'examen physique pulmonaire.

LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

APPLICATION DE MEILLEURES PRATIQUES DE GESTION

Lors de la dernière année 2008-2009, trois grands volets ont été mis de l'avant, ce qui nous a permis de réduire le nombre d'appels de service, de réaliser un grand nombre de projets et d'améliorer notre infrastructure technologique, tout en misant sur la sécurité des actifs informationnels.

CENTRE DE SERVICES DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES

En 2008-2009, grâce à l'application de meilleures pratiques de gestion, les appels de service se sont chiffrés à 10 641, ce qui correspond à 24% de moins que l'année dernière. Nous sommes donc passés de 58 appels par jour à 44.

De plus, nous avons réduit le nombre d'appels en attente de 34%, les faisant passer de 7 118 appels en 2007-2008 à 4 670 en 2008-2009. Cette amélioration provient de la mise en place d'une meilleure infrastructure, du remplacement de près de 300 micro-ordinateurs par année en raison de la désuétude et de la mise en place de meilleures pratiques de gestion en technologies de l'information.

BUREAU DE PROJETS

En 2008-2009, l'équipe du bureau de projets informatiques, en collaboration avec l'ensemble de l'organisation, a élaboré 58 projets informatiques, tant au niveau des applications que des infrastructures. De ce nombre, 37 projets ont été finalisés à 100% alors que 15 projets sont à plus de 50% de réalisation.

Mentionnons, entre autres, comme projets d'envergures : le remplacement de l'index-patients de notre hôpital en place depuis près de 20 ans, le projet de déménagement du CLSC de Richelieu compte tenu du déplacement de près de 120 postes de travail et de 125 postes téléphoniques, et la réorganisation des appareils d'impression qui nous a permis de réduire les coûts d'impression de l'ordre de 29% en location, entretien et consommation.

Au niveau des télécommunications, nous avons élaboré un important plan directeur visant à moderniser les systèmes téléphoniques de notre CSSS. Ce projet sera déposé lors du prochain exercice financier.

PROJETS D'INFRASTRUCTURES TECHNOLOGIQUES

Au cours de la dernière année, notre parc de serveurs informatiques a été réduit de 95 serveurs physiques à 87 serveurs physiques, ce qui correspond à une réduction de 9% grâce à l'utilisation de la technologie de virtualisation des serveurs. À ce jour, nous avons donc 37 serveurs virtuels dans notre environnement.

De plus, nous avons changé l'ensemble de nos 100 commutateurs réseau par une uniformisation à la technologie Alcatel, ce qui a également permis d'augmenter la performance de notre réseau de l'ordre de 35%.

SÉCURITÉ

Durant l'année 2008-2009, nous avons entrepris de rencontrer tous les gestionnaires du CSSS pour les sensibiliser à la sécurité des actifs informationnels en axant cette démarche autour de différents thèmes tels que l'utilisation des outils informatiques, de l'Internet et du courrier électronique.

Nous avons aussi procédé à la révision de la politique de sécurité informationnelle du CSSS qui datait d'octobre 2005. Enfin, lors de la vérification des états financiers du CSSS pour l'année financière 2007-2008, le vérificateur avait soulevé 14 déficiences au niveau de la sécurité et nous en avons réglé trois au cours de la dernière année.

LES COMMUNICATIONS

ORGANISATION DES COMMUNICATIONS

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

Par ailleurs, nous sommes dans un contexte où nous devons être de plus en plus attractifs pour le recrutement de nouvelles ressources et où nous devons nous démarquer des autres organisations en reflétant les valeurs qui sont propres à notre établissement, tout en professionnalisant et unifiant, sous une même bannière, les différents outils d'information que nous produisons. Ainsi, dans le but de répondre à ces importants besoins, nous avons amorcé, en 2008-2009, un important exercice de définition de l'image organisationnelle pour notre CSSS. Cet exercice sera complété au cours de 2009-2010.

COMMUNICATIONS INTERNES

Du côté des communications internes, plusieurs activités et outils ont été réalisés à l'intention du personnel au cours de l'année 2008-2009. Notons, particulièrement, la publication du bulletin d'information interne « Le Trait d'union » diffusé à 3 000 exemplaires par parution. De plus, mentionnons également la participation des communications à l'organisation d'événements de toutes sortes tels que « Sonate aux étoiles », qui souligne les années de service des membres du personnel, pour ne nommer que celui-ci.

Par ailleurs, la phase 1 de l'important projet de mise en place d'un intranet dans notre organisation s'est enclenchée en 2008-2009. Débutée par un exercice exhaustif de définition des besoins au sein du CSSS, la dernière année a permis de choisir la solution technologique répondant à nos besoins et de commencer les travaux d'architecture du site intranet. Le déploiement et le lancement de l'intranet dans toute l'organisation aura lieu au cours de l'année 2009-2010.

COMMUNICATIONS EXTERNES

En 2008-2009, plusieurs communications externes originales et segmentées selon nos différentes clientèles ont été produites au CSSS Haut-Richelieu – Rouville, soit en promotion et prévention ou, encore, pour le bénéfice des services à la clientèle des différents secteurs d'activités de l'organisation. Ces communications ont notamment pris la forme de dépliants d'information, d'affiches, de brochures, de campagnes d'information visant des clientèles particulières, d'organisation d'événements, etc.

À ce chapitre, mentionnons, notamment, la rédaction d'une brochure d'information destinée à toute la population du territoire et traitant des principaux services qui lui sont directement accessibles. Ce Guide Santé, produit à 100 000 exemplaires, a été diffusé dans tous les foyers de notre territoire à l'automne 2008. Par ailleurs, en collaboration avec la Table régionale des responsables de communication et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, nous avons procédé à la refonte en profondeur du portail web www.santemonteregie.qc.ca. Cet exercice d'uniformisation des contenus et de définition plus ergonomique de l'architecture graphique du portail a nécessité plusieurs heures de travail continu. En 2008-2009, nous avons également amorcé la mise en œuvre d'un guide d'accueil à l'intention des futurs résidents de nos six centres d'hébergement. Ce guide sera finalisé au cours de l'année 2009-2010.

RELATIONS PUBLIQUES

Enfin, au cours de la dernière année, la rédaction de dizaines de communiqués de presse, la préparation de nombreuses interventions médiatiques et l'organisation de plusieurs conférences de presse de toutes sortes pour nos différents services ont été effectuées par le CSSS Haut-Richelieu – Rouville. Ainsi, pratiquement toutes les semaines de l'année ont fait l'objet d'une couverture médiatique pour des sujets très diversifiés, nous permettant de toucher à un grand nombre de sphères d'activités présentes dans notre établissement. D'ailleurs, mentionnons que près d'une centaine de demandes d'entrevues médiatiques spontanées ont été sollicitées au cours de l'année 2008-2009, touchant des thèmes variés.

LES RESSOURCES HUMAINES

La transformation de notre CSSS s'est poursuivie tout au long de l'année 2008-2009 et plusieurs dossiers ont mobilisé l'équipe des ressources humaines dans le cadre de cette transformation. Trois dossiers majeurs ont toutefois fait l'objet de chantiers intensifs, en concertation avec les gestionnaires et les syndicats, soit:

- l'exercice de titularisation pour le personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires;
- l'informatisation de la liste de rappel, conjointement avec la mise en œuvre des dispositions locales relatives à la liste de rappel;
- l'harmonisation du processus de dotation et des exigences de poste pour le personnel de bureau ainsi que pour les professionnels de la santé.

EXERCICE DE TITULARISATION POUR LE PERSONNEL EN SOINS INFIRMIERS ET CARDIO-RESPIRATOIRES

Dans le cadre de l'application de la loi 142 et des dispositions de la convention collective FIQ 2006-2010, nous avons procédé à l'actualisation du processus de titularisation au terme duquel 166 infirmières, 115 infirmières auxiliaires et 10 inhalothérapeutes se verront octroyer un poste permanent. Préalablement à cet exercice, dans le but de stabiliser les équipes de travail, nous avons procédé au rehaussement de 73 postes à temps partiel dans les différentes unités de soins, en collaboration avec les gestionnaires concernés. Les travaux de ces deux exercices visaient à maintenir l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et des services, tout en contribuant à réduire l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante et le recours au temps supplémentaire pour cette catégorie de personnel. De ce fait, les taux d'utilisation de la main-d'œuvre indépendante et des heures travaillées en temps supplémentaire rencontrent les cibles visées aux ententes de gestion (MOI : cible retenue : 3,95% et cible atteinte : 3,75%); (TS : cible retenue : 4,49% et cible atteinte : 4,71%).

INFORMATISATION DE LA LISTE DE RAPPEL CONJOINTEMENT AVEC LA MISE EN ŒUVRE DES DISPOSITIONS LOCALES RELATIVES À LA LISTE DE RAPPEL

Les dispositions locales des conventions collectives FIQ et CSN relatives à la liste de rappel sont entrées en vigueur au cours de l'année 2008-2009. Conséquemment, soucieux d'optimiser l'utilisation efficiente des ressources humaines de notre CSSS dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre, l'informatisation et la centralisation de la gestion des remplacements est devenue une priorité organisationnelle. Un plan de mise en œuvre relatif à l'informatisation de la gestion de la liste de rappel informatisée a été élaboré en ce sens. Des comités de travail ont vu le jour afin de favoriser la concertation des différents intervenants dans ce dossier et des rencontres se sont déroulées régulièrement tout au long de l'année; des présentations ont été réalisées pour les gestionnaires et les employés de nos différentes installations; un programme de formation a été élaboré et diffusé à tous les utilisateurs; les processus et les procédures ont été révisés; le tout assorti d'un plan de communication (boîte vocale dédiée, lettre personnalisée aux employés, ligne

sans frais). Les travaux de ce chantier majeur se poursuivront au cours de la prochaine année. La centralisation des effectifs de la liste de rappel a été réalisée en partie, faute de locaux, mais cela nous a tout de même permis d'éliminer la garde pour l'octroi des remplacements en dehors des heures d'ouverture pour l'installation du CLSC de Richelieu.

HARMONISATION DU PROCESSUS DE DOTATION ET DES EXIGENCES DE POSTE POUR LE PERSONNEL DE BUREAU AINSI QUE POUR LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

En 2008-2009, nous avons poursuivi nos efforts liés au recrutement externe tout au long de l'année. À cet égard, nous avons visité 31 institutions d'enseignement, ce qui nous a permis de recueillir 305 curriculum vitae et d'embaucher 439 salariés, toutes catégories de personnel confondues. En matière de dotation interne, des comités de travail ont été mis sur pied avec, comme mandat, la révision et l'harmonisation des exigences de poste pour la catégorie de personnel de bureau ainsi que celle des professionnelles de la santé, le tout dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre. Les recommandations relatives à ces exigences seront déposées en juin 2009. Quant aux modalités de dotation des postes à l'interne, nous avons élaboré une nouvelle procédure de dotation pour les postes de la catégorie de personnel para-technique, services auxiliaires et métiers. Cette nouvelle façon de faire nous permet de procéder aux nominations en une seule et même journée pour tous les postes affichés, et élimine ainsi des délais indus.

LE DÉVELOPPEMENT ORGANISATIONNEL ET LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES

Sur le plan du développement des compétences des cadres, une formation sur la conciliation et la médiation a été réalisée afin d'outiller les gestionnaires à intervenir à ce niveau, tant auprès de leurs équipes qu'auprès de la clientèle et de leurs proches. Une formation sur la gestion intergénérationnelle a également été réalisée. Un programme d'accueil et d'intégration ainsi qu'un programme de mentorat destiné aux nouveaux cadres ont été élaborés et seront déployés au cours de la prochaine année.

Par ailleurs, le plan annuel de développement des ressources humaines en lien avec les priorités organisationnelles a été actualisé auprès du personnel. Pour l'exercice 2008-2009, le personnel a participé à plus de 34 000 heures de formation et c'est plus de 1,7 million de dollars qui ont été investis dans le développement de leurs compétences.

Enfin, mentionnons qu'une politique visant à contrer la violence a été élaborée pour le CSSS. Au cours de la prochaine année, elle fera l'objet d'une consultation et sera déployée dans la mise en œuvre d'un plan de sensibilisation et d'habilitation auprès des membres de l'organisation.

SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

En raison de son impact sur la pénurie de main-d'œuvre, la gestion de la présence au travail, comme par les années passées, demeure au cœur de nos préoccupations. La poursuite des travaux prévus au sein du plan d'action triennal 2007-2010 visant à réduire les coûts en assurance salaire a permis à l'organisation d'atteindre la cible fixée aux ententes de gestion. En

effet, le ratio en assurance salaire au 31 mars 2009 s'inscrit en deçà de la cible établie pour notre organisation, il se situe donc à 5,78, alors que la cible visée était de 6,13. Cela représente une réduction 5,25% du ratio d'assurance salaire comparativement au résultat final de 2007-2008.

En matière d'accident de travail et de maladie professionnelle, le CSSS affiche un taux de cotisation par mission inférieur à celui de l'unité; le tableau qui suit indique les résultats.

Taux de l'unité par année de calendrier, par mission			
	Taux de l'unité	Taux personnalisé du CSSS	<u>Économie par \$100 de masse salariale comparativement à la performance moyenne des autres établissements de même mission</u>
2008			
Hôpital et CLSC	1,16 \$	0,97 \$	0,19 \$
Centres d'hébergement	2,75 \$	2,09 \$	0,66 \$
2009			
Hôpital et CLSC	1,25 \$	1,14 \$	0,11 \$
Centres d'hébergement	2,48 \$	2,16 \$	0,32 \$

LES RESSOURCES FINANCIÈRES

PERFORMANCE BUDGÉTAIRE

Au niveau de la santé financière de l'établissement, l'équilibre budgétaire a été atteint au 31 mars 2009. Son maintien est cependant demeuré fragile tout au long de l'année. Les débordements à l'urgence et sur les unités de soins, les fournitures médicales (bloc opératoire, laboratoires) et les médicaments au niveau de l'oncologie ont continué à générer des coûts additionnels. De plus, les impacts financiers liés à la pénurie des ressources sont demeurés importants, principalement au niveau des infirmières en termes de temps supplémentaire et d'utilisation de la main-d'œuvre indépendante, et ce, même si nous sommes en dessous des cibles de l'entente de gestion.

Toutefois, la réalisation de mesures d'économies mises en place au cours de l'exercice 2008-2009 de même que l'établissement et la confirmation de revenus additionnels en fin d'année ont permis l'atteinte de l'équilibre budgétaire.

L'équipe du budget, en collaboration avec les directions cliniques, a effectué d'importants travaux d'analyse de performance budgétaire avec des groupes d'établissements comparables. Les travaux se sont soldés par l'établissement de « ratio cibles » à atteindre pour chaque secteur analysé et des contraintes de performance ont été appliquées, le cas échéant.

De plus, un outil permettant de faire le suivi budgétaire, de mesurer l'atteinte des ratios cibles et de faire les projections a été réalisé et diffusé à l'ensemble des gestionnaires de l'organisation.

HARMONISATION DES PRATIQUES

Les travaux d'harmonisation des pratiques et de réorganisation du travail se sont poursuivis dans les secteurs de la comptabilité et de la paie. Le déploiement du relevé de présence électronique est quasi achevé et sera finalisé au cours du prochain exercice 2009-2010.

La préparation et la vérification du rapport financier annuel AS-471 ont été très exigeantes cette année en raison de l'harmonisation des conventions comptables. Celle-ci découle de la réforme comptable mise en œuvre par le gouvernement où les états financiers des établissements publics du réseau de la santé doivent être intégrés aux états financiers consolidés du gouvernement et doivent respecter les principes comptables généralement reconnus (PCGR). La modification des conventions comptables a donc nécessité plusieurs changements dans les états financiers et le Ministère a également devancé de deux semaines le délai de transmission du rapport financier annuel, soit le 15 juin au lieu du 30 juin 2009. Des efforts considérables ont été fournis afin d'assurer le respect des échéanciers.

APPROVISIONNEMENTS

Finalement, à la suite de l'entrée en vigueur, le 1^{er} octobre 2008, de la loi 17 sur les contrats des organismes publics et des règlements qui en découlent, nous avons mis à jour la politique

générale d'approvisionnement du CSSS. Cette politique vient préciser les conditions, procédures et partage des responsabilités entre les différentes instances et gestionnaires aux fins de sollicitation et d'adjudication de tout contrat conclu par le CSSS Haut-Richelieu–Rouville.

LES SERVICES TECHNIQUES

HYGIÈNE ET SALUBRITÉ

Les activités de nettoyage et de désinfection de l'environnement font partie des activités importantes du programme de prévention des infections. En 2008-2009, les actions entreprises dans le secteur de l'hygiène et de la salubrité ont visé la poursuite de cet objectif en :

- terminant l'harmonisation des techniques de travail en hygiène et salubrité pour nos centres d'hébergement telle que recommandé par la Table régionale en hygiène et salubrité, et ce, en conformité avec les recommandations des lignes directrices du MSSS en matière d'hygiène et salubrité;
- contribuant à la création d'un nouveau programme d'études professionnelles d'hygiène et de salubrité en milieux de soins. En partageant avec le milieu scolaire nos connaissances et notre expertise du milieu de la santé, nous assurons à notre établissement, mais également aux autres établissements du réseau, la disponibilité d'une future main-d'œuvre formée dans le secteur. Cette dernière pourra répondre aux plus hautes normes en matière d'hygiène et de salubrité en milieux de soins. Le programme sera disponible dans différentes commissions scolaire dès l'automne 2009.

ALIMENTATION

Le plaisir de manger constitue une des activités de la vie les plus importantes pour notre clientèle en centre d'hébergement. La satisfaction de la clientèle à l'égard des menus proposés est une préoccupation importante pour notre CSSS. Au cours de l'année 2008-2009, des actions importantes ont été entreprises dans les services alimentaires de nos centres d'hébergement pour améliorer le niveau de satisfaction de nos résidents, pour répondre à leurs besoins et pour contribuer à l'amélioration de leur qualité de vie, dont, plus particulièrement :

- Un sondage de satisfaction auprès d'un groupe de résidents ou des répondants pour identifier des pistes d'amélioration au niveau du service et des menus offerts;
- la préparation de deux nouveaux cycles de menu (été et hiver) de 4 semaines avec de nouveaux choix de mets identifiés par les résidents.
- une attention plus importante aux choix de menus offerts à notre clientèle qui mange des aliments de texture purée (Mets Épicura).

IMMOBILISATIONS

Au cours de l'année 2008-2009, deux projets immobiliers majeurs se sont concrétisés, soit le déménagement du CLSC de Richelieu et le déménagement du CLSC de St-Césaire dans de nouveaux espaces en location.

D'une superficie qui atteint plus du double des anciens espaces (de 2 006 m² à 5 078 m²) la nouvelle construction du CLSC de Richelieu, inaugurée en février 2009, offre un environnement

plus fonctionnel et résolument mieux adapté à la mission CLSC. Conçus pour faciliter le travail du personnel et favoriser la qualité des services offerts aux patients, les espaces du CLSC sont plus facilement accessibles qu'autrefois. Ils peuvent dorénavant accueillir jusqu'à 168 employés. La qualité de l'ensemble de l'offre de service à la population se trouve nettement rehaussée par la nouvelle installation.

Quant au nouveau CLSC de Saint-Césaire, il est maintenant logé dans de nouveaux locaux plus fonctionnels depuis octobre 2008 et ce déménagement a permis de prolonger les heures d'ouverture des services de prélèvements offerts à la population.

PLAN DU MAINTIEN DE NOS ACTIFS IMMOBILIERS

À l'automne 2008, un système de gestion de la maintenance assistée par ordinateur (GMAO) a été mis en place pour les services techniques et de génie biomédical.

Le remplacement de systèmes de ventilation pour l'hôpital a également été réalisé, en considérant les nouvelles pratiques en matière d'économie d'énergie. Des chaudières de haute efficacité ont aussi été installées dans l'un de nos centres d'hébergement, soit le Centre d'hébergement Gertrude-Lafrance.

LA QUALITÉ, LES RELATIONS AVEC LA CLIENTÈLE ET LA GESTION DES PLAINTES

L'AGRÈMENT DE NOS SERVICES

Les résultats

À la suite de la démarche d'auto-évaluation des normes cliniques, de l'évaluation du degré de mobilisation du personnel et de l'évaluation de la satisfaction de la clientèle, différentes présentations des résultats ont été faites à toutes les instances de l'établissement. Plus de 12 présentations ont suscité l'intérêt des différents intervenants du CSSS.

L'auto-évaluation des normes cliniques et de gestion

Les résultats nous ont été fournis sous forme de signaux d'alerte rouges, jaunes et verts.

- Les alertes rouges représentaient des éléments où nous devons apporter une attention particulière et mettre en place un plan d'action afin de fournir les preuves de mesures prises pour se conformer. Nos résultats : 228 critères rouges = 15%.
- Les alertes jaunes indiquaient les secteurs pour lesquels il y avait possiblement une amélioration à apporter. Nos résultats : 970 critères jaunes = 65%.
- Les signaux verts indiquaient les secteurs qui ne nécessitaient aucune amélioration à apporter au moment où le rapport a été généré. Nos résultats : 285 critères verts = 20%.

L'évaluation du degré de mobilisation du personnel

Les résultats nous ont fourni une mesure de satisfaction du personnel concernant six indicateurs : le leadership (61%), la communication (56%), le soutien (59%), la collaboration (72%), l'implication (59%) et la réalisation (73%) et nous fournissent des pistes d'amélioration à entreprendre.

L'évaluation de la satisfaction de la clientèle

Les résultats touchaient trois types de clientèle, soit : la clientèle de courte durée, celle en hébergement ainsi que les propriétaires des ressources non institutionnelles.

Les résultats pour la clientèle de courte durée étaient regroupés sous trois indicateurs : la relation avec le client (86%), la prestation professionnelle (84%) et l'organisation des services (80%).

Les résultats pour la clientèle en hébergement sont les suivants : la relation avec le client (80%), la prestation professionnelle (82%) et l'organisation des services (79%).

Les résultats de l'évaluation de satisfaction des propriétaires de ressources non institutionnelles en santé mentale et en perte d'autonomie concernent cinq indicateurs : le respect (SM : 71% - PA : 83%), la fiabilité (SM : 75% - PA : 83%), le soutien (SM : 72% - PA : 80%), la communication (79 %, dans les deux cas) et l'implication (80%, dans les deux cas).

Les suites apportées aux recommandations faites par l'organisme d'agrément dans son dernier rapport

La démarche d'auto-évaluation des équipes quant aux normes cliniques, les évaluations de satisfaction de la clientèle et l'évaluation du degré de mobilisation du personnel ont permis aux équipes d'amélioration continue de la qualité d'élaborer les plans d'action pour la mise en œuvre des améliorations à apporter. Des preuves de mesures prises ont été documentées en préparation de la visite d'agrément qui s'est tenue la semaine du 17 novembre 2008.

Les huit visiteurs d'Agrément Canada ont souligné l'accueil chaleureux et le haut niveau de collaboration et de transparence du personnel. Ils nous ont présenté un rapport synthèse regroupant 26 processus prioritaires pour lesquels ils avaient ciblé des points forts et des points d'amélioration. Les résultats de la visite nous ont été présentés dans le rapport préliminaire, qui nous a été déposé par Agrément Canada le 27 novembre 2008 et qui a été suivi d'un rapport provisoire en février 2009. Le rapport faisait état du niveau de conformité de notre établissement quant aux 2 150 critères évalués.

Ces résultats ont fourni aux équipes d'amélioration continue de la qualité de l'information encore plus spécifique pour bonifier et préciser leurs plans d'action déjà amorcés. Ainsi, à la première date de tombée du 13 mars 2009, les équipes avaient amorcés la mise en place d'une bonne partie des mesures d'amélioration identifiées. Au fur et à mesure de l'avancement des travaux, les données découlant de ces plans ont été inscrites dans le portail d'Agrément Canada, et ce, pour chacune des équipes.

L'année 2009-2010 sera consacrée à l'avancement des travaux afin de rencontrer les niveaux de conformité attendus et l'état d'avancement des travaux continuera d'être suivi avec rigueur. Les chefs des équipes d'amélioration continue de la qualité continueront d'être supportés tout au long de l'année en vue de la mise en place des actions ciblées.

LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration des incidents/accidents

Nous avons débuté l'année 2008-2009 en sensibilisant les employés à la gestion des risques. En effet, nous avons développé une formation de trois heures qui a été reconnue par plus de six ordres professionnels. Cette reconnaissance de la formation répond aux besoins qu'exigent les ordres professionnels de leurs membres en matière de formation continue.

La formation a été donnée sur une base volontaire à plus de 200 employés de différents secteurs d'activités (infirmières, infirmières-auxiliaires, inhalothérapeutes, techniciens en radiologie, technicien en laboratoire, gestionnaires, etc.). Elle traite des dix obligations légales qui touchent les établissements de santé au Québec suite à l'adoption de la Loi 113 en décembre 2002. L'expérience ayant été concluante, nous prévoyons répéter l'expérience pour l'année 2009-2010.

De plus, afin de promouvoir la déclaration des incidents/accidents, et ce, de façon continue, le conseil des infirmières et infirmiers (CII), le conseil des infirmières et infirmiers-auxiliaires (CIIA), le conseil multidisciplinaire ainsi que leurs nombreux délégués, ont été formés sur le nouveau formulaire AH-223.

Finalement, les propriétaires des ressources non-institutionnelles des programmes de perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) et de santé mentale, ainsi que les intervenants-soutiens des ressources, ont tous été rencontrés afin d'être sensibilisés à la gestion des risques et ont été formés au sujet du formulaire AH-223.

Deux groupes de professionnels interdisciplinaires composés de médecins, infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes, technologistes, etc. de secteurs à haut risques (urgence, soins intensifs, bloc opératoire) ont reçu la formation Erro-Med « Facteurs Humains en relation avec la sécurité des patients ». Le déploiement de ce programme de formation auprès du personnel des secteurs à risques constitue un objectif ministériel pour améliorer la culture de sécurité dans le réseau. Deux formateurs reconnus font d'ailleurs partie du personnel de notre établissement.

Les principaux constats tirés de l'évaluation annuelle de l'application des mesures de contrôle des usagers (art. 118.1)

Secteur institutionnel des centres d'hébergement

Pour l'année 2008-2009, tout comme pour les années précédentes, les contentions ont été appliquées selon une ordonnance médicale. Par ailleurs, la politique et procédure a été révisée et adoptée par le conseil d'administration en janvier 2009. Cette politique prévoit, tel que stipule la Loi 90, que les quatre professionnels (infirmière, physiothérapeute, ergothérapeute et médecin) peuvent décider de l'application, dans la mesure où cette décision est prise en interdisciplinarité. De plus, l'adoption de cette politique a permis de finaliser le programme de prévention des chutes, de gestion et de réduction des contentions, ce qui a permis l'uniformisation des pratiques dans tous nos centres. Le nombre global de porteurs de contentions est passé à 121 en 2006-2007, à 116 en 2007-2008 et à 97 en 2008-2009, ce qui constitue une diminution constante.

Les mesures alternatives utilisées sont, entre autres : le moniteur de mobilité, le réaménagement de l'environnement, l'éclairage, la diminution de la hauteur du lit, la cloche d'appel mise à la portée du résident, le port de chaussures adéquates, les repères visuels, les bandes antidérapantes installées au sol, le tapis de chute, l'utilisation d'aide technique, la révision de la médication, la marche intégrée aux activités quotidiennes, les rappels verbaux des consignes et les paroles rassurantes.

Recommandations pour les mesures de contentions à être appliquées en 2009-2010 :

- Terminer la mise en place du « Programme de prévention des chutes et de réduction des contentions » et poursuivre sa consolidation;
- maintenir la mise en place du calendrier statutaire des réunions de révision de l'utilisation de la contention pour toutes les unités de vie;
- développer un plan d'action personnalisé avec les chefs d'unité pour amorcer le processus de réduction des contentions dans les installations où le nombre de porteurs est plus élevé;
- réviser les pratiques quant à l'utilisation de la tablette au fauteuil;
- inclure les côtés de lit dans le processus et les comptabiliser pour la prochaine année financière;
- s'assurer que les lits soient remis au plus bas niveau suite à un soin;
- favoriser l'achat de mesures alternatives telles les barres « Arcorails » et les détecteurs de mobilité.

Les correctifs mis en place pour appliquer les recommandations d'un coroner

Le rapport du coroner est un élément important du dossier de gestion des risques. L'organisation a statué sur un fonctionnement concernant le suivi des recommandations des rapports du coroner. Ainsi, dès réception d'un rapport du coroner, celui-ci est acheminé au gestionnaire des risques pour fins de suivi. Il est par la suite distribué aux instances concernées. Une fois la réception du suivi des recommandations, le gestionnaire des risques rédige la réponse au bureau du coroner. Pour l'année 2009-2010, nous prévoyons établir, par écrit, la procédure à suivre.

Pour l'année 2008-2009, un seul rapport d'investigation du coroner avec recommandations a été émis à l'endroit du CSSS Haut-Richelieu – Rouville. Ce rapport a amené l'organisation à mettre en place des mesures correctrices pour éviter qu'un tel événement se reproduise. Notons que l'ensemble des recommandations avaient été mises en place avant 2008-2009. Une seule demeure, il s'agit de la réorganisation des lieux physiques d'un poste infirmier. À cet égard, un plan fonctionnel et technique (PFT) est prévu dans les prochains mois.

De plus, un tableau de suivi de la mise en place des recommandations émanant des rapports d'investigation du coroner est amené au Comité de gestion des risques et de la qualité ainsi qu'au Comité de vigilance et de la qualité du conseil d'administration.

Finalement, à titre préventif, le sous-comité de gestion des risques et de la qualité étudie et analyse les rapports d'investigation du coroner avec recommandations émises à l'intention d'autres établissements de santé afin de s'assurer que notre CSSS soit conforme à ces recommandations pour prévenir la survenance d'événements de même nature. Après analyse, si nous constatons que nous ne rencontrons pas les recommandations émises, nous tentons d'instaurer des filets de sécurité pour y répondre.

Pour l'année 2008-2009, le sous-comité de gestion des risques et de la qualité a étudié un certain nombre de rapports du coroner. Après analyse, une recommandation a été acheminée à la direction du programme de perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) soit de procéder à l'achat de lits à bas niveau pour les résidents à risques élevés de chutes.

LES PLAINTES DES USAGERS

Au cours de l'année 2008-2009, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité a fait la promotion du régime d'examen des plaintes et a reçu un total de 491 demandes. Au plan de la promotion, elle a rencontré des groupes d'usagers et des membres du personnel pour faire connaître le régime d'examen des plaintes. Son rapport annuel a été déposé au conseil d'administration, comme le prévoit la Loi. Des copies ont été remises aux membres du comité des usagers, des exemplaires ont été transmis à chaque comité de résidents et les gestionnaires ont reçu le rapport par courriel. En plus de transmettre son rapport sur demande, ce dernier est accessible sur le site Internet de l'établissement.

La commissaire a ouvert différents dossiers dans l'année: 162 demandes d'assistance, 213 plaintes, 35 interventions et 36 consultations. Elle en a traité 455, dont 222 dossiers de plaintes et 35 dossiers d'interventions. Il faut aussi souligner que 36 membres du personnel ont consulté la commissaire sur des questions reliées aux droits des usagers. En outre, du côté des plaintes visant un médecin, 46 dossiers ont été conclus par le médecin examinateur et quatre par le Comité de révision.

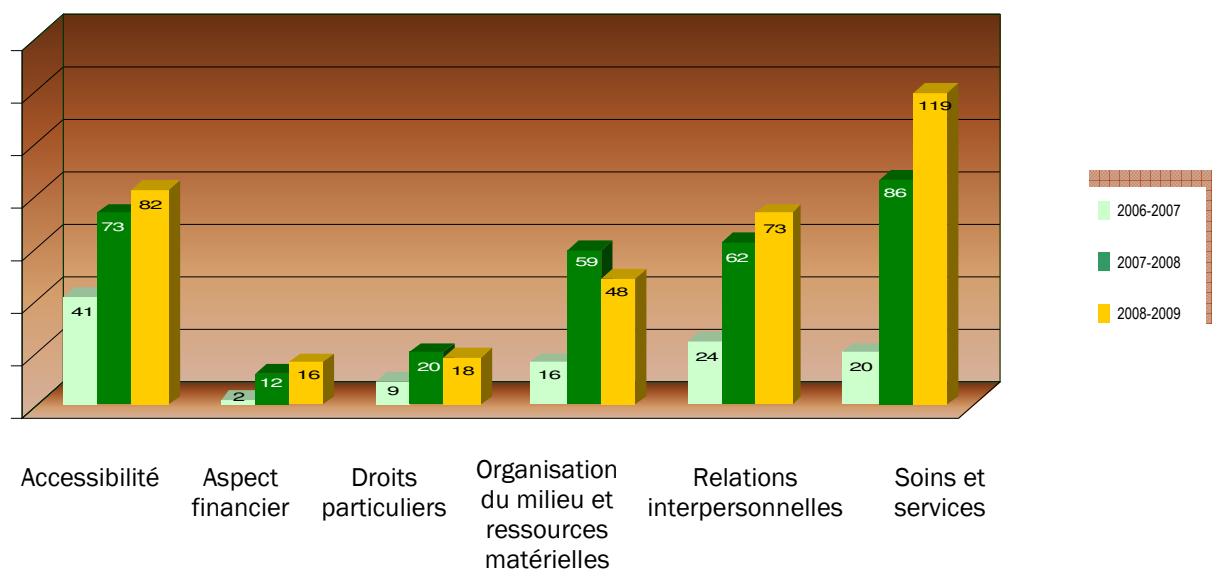
En comparaison, notons qu'en 2007-2008, ce sont 225 dossiers de plaintes qui avaient été conclus par la commissaire. Le nombre de dossiers traité est donc constant. Les délais de traitement des dossiers en 45 jours ou moins se sont par ailleurs améliorés, passant de 49% à 84%. Dans 41% des cas, les usagers se sont fait représenter pour l'examen de leur plainte. Dans 72% des dossiers, la plainte était formulée verbalement. Pour ce qui est des conclusions, 61% ont porté sur des services reçus à l'hôpital, 10% au CLSC de la Vallée-des-Forts, 9,4% au CLSC de Richelieu et 7,2% au Centre d'hébergement Georges-Phaneuf.

Les deux tableaux qui suivent dressent, d'une part, le bilan des plaintes reçues et traitées au cours de l'année 2008-2009 et, d'autre part, la nature des objets de plaintes rencontrés au cours des dernières années (tableau comparatif) :

Tableau 1 - Bilan des dossiers reçus et conclus durant l'exercice

		En traitement au 1 ^{er} avril 2008	Reçus durant l'année	Conclus durant l'année	En traitement au 31 mars 2009	Transmis au 2 ^e palier
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité	Plaintes	25	213	222	16	4
	Interventions	6	31	35	2	s/o
	Assistances	0	162	162	0	s/o
	Consultations	0	36	36	0	s/o
Médecin examinateur		11	44	46	9	5
Comité de révision		0	5	4	1	s/o
TOTAL DES DOSSIERS		42	491	505	28	9

Tableau 6 - Nombre de motifs de plainte reçus



PARTIE 5

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

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

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION LES MEMBRES AU 31 MARS 2009

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

LE COMITÉ DE VIGILANCE ET DE QUALITÉ DU CONSEIL D'ADMINISTRATION LES MEMBRES AU 31 MARS 2009

- Madame Diane Buisson, secrétaire du conseil d'administration et présidente du comité de vigilance et de qualité
- Madame Nathalie Perreault, membre du conseil d'administration et membre du comité des usagers
- Monsieur Serge Savoie, membre du conseil d'administration et secrétaire du comité de vigilance et de qualité
- Madame Christine Lessard, directrice générale (membre d'office)
- Madame Sylvie Presseault, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services (membre d'office)

Faits saillants des activités du comité de vigilance et de qualité 2008-2009

En 2008-2009, les membres du comité ont tenu huit rencontres ordinaires et deux rencontres spéciales. Le comité a poursuivi les rencontres des directeurs et directrices qui lui ont présenté leur direction respective, les défis rencontrés ainsi que les listes d'attente ou les besoins de la population auxquels l'établissement ne peut répondre.

À chaque rencontre, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a présenté un rapport concernant les plaintes et les signalements examinés depuis la dernière rencontre ainsi que les mesures qui seront mises en œuvre pour améliorer ou corriger la situation. La commissaire a également soumis au comité un rapport d'intervention spécial à la suite duquel le comité de vigilance et de la qualité a recommandé que des mesures soient prises rapidement et qu'un plan d'action préliminaire soit déposé ; ce qui a été fait. Le comité a également recommandé, dans les cas de plaintes visant un professionnel, que l'établissement avise l'ordre professionnel visé qu'une mesure disciplinaire a été prise par rapport à l'un de ses membres ; ce qui a été fait. Le comité s'est donné un outil pour suivre la mise en œuvre des recommandations adressées par la commissaire et par les instances externes au conseil d'administration. La recommandation de la commissaire de former le personnel pour améliorer les relations interpersonnelles a été mise en œuvre, bien que d'autres formations soient prévues. Le comité s'est aussi informé périodiquement du délai de mise en œuvre des autres recommandations du rapport annuel 2007-2008 de la commissaire (code d'éthique, stratégie de communication).

Le comité a également fait le suivi des recommandations formulées par le Protecteur du citoyen dans un dossier et par le ministère de la Santé et des Services sociaux lors des visites d'appréciation de la qualité. Les directeurs et directrices concernés sont venus présenter l'état de réalisation de leur plan d'action en vue de mettre en œuvre les recommandations et les différentes mesures issues des visites ministérielles. Le président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est également venu présenter le suivi de son comité, suite à la recommandation du comité de révision concernant la calligraphie des médecins.

Au total, le comité a donc suivi les plans d'action suivants :

- ✓ Plan d'action sur les ressources de type familial (RTF) en santé mentale ;
- ✓ plan d'action des recommandations émises par le Comité de prévention des infections ;
- ✓ plan d'action concernant le CHSLD St-Joseph ;
- ✓ plan d'action concernant le CHSLD Gertrude-Lafrance ;
- ✓ plan d'action concernant le CHSLD Georges-Phaneuf.

Trimestriellement, la coordonnatrice des activités de gestion des risques est venue présenter au comité un compte rendu des rapports d'incidents/accidents et des rapports du coroner ainsi que des mesures mises en place lorsqu'il y avait eu des recommandations. Elle a également présenté un bilan des risques de poursuite, des poursuites engagées contre l'établissement ainsi que les réclamations ne dépassant pas 2 500\$. Le comité a également été informé des activités du comité de gestion des risques et de la qualité, de certains événements « Sentinelles » ainsi que des résultats de sondage de l'agrément.

De plus, le comité a été informé du résultat des mesures de contrôle de contention et d'isolement dans l'établissement.

Après chaque réunion, le comité a fait rapport de ses activités et de ses principaux constats au conseil d'administration. Le conseil d'administration a assuré son soutien aux démarches du comité de vigilance et de la qualité.

Le conseil d'administration a également signé une entente de service avec un autre établissement dans le but de nommer un commissaire local substitut qui traitera certains dossiers à la demande de la commissaire. Une commissaire locale adjointe aux plaintes et à la qualité a également été nommée pour assurer le remplacement de la commissaire aux plaintes lors d'une absence prolongée.

LE CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP) LE COMITÉ EXÉCUTIF AU 31 MARS 2009

- Docteur Raymond Taillefer, président
- Docteur Jean-François Germain, vice-président
- Monsieur André Ladouceur, secrétaire
- Docteure Linda Lanoue, trésorière, représentant la mission de CLSC
- Docteur Serge Nault, officier, représentant la mission de centre d'hébergement
- Docteur Hugo Viens, officier, représentant la mission hospitalière
- Madame Christine Lessard, directrice générale (membre d'office)
- Docteure Krystyna Pecko, directrice générale adjointe - directrice des affaires médicales (membre d'office)

Faits saillants des activités du CMDP 2008-2009

Le comité exécutif du CMDP du CSSS Haut-Richelieu-Rouville s'est réuni à dix reprises de septembre 2008 à juin 2009, soit à raison d'une réunion par mois pour des réunions statutaires. Plusieurs réunions extraordinaires ont également eu lieu.

Voici un bref résumé des principaux dossiers soumis au comité exécutif du CMDP en 2008-2009 :

- ✓ Mise à jour uniformisée des règlements départementaux afin de respecter le canevas présenté au Collège des médecins du Québec;
- ✓ mise en place de mécanismes de communication spécifiques permettant de diminuer les retards pour la dictée des protocoles opératoires;
- ✓ de nombreuses formules, protocoles et ordonnances collectives ont été approuvées. Des mécanismes facilitateurs et de contrôle d'approbation ont été élaborés afin de limiter certains mouvements de va-et-vient de protocoles en instance d'approbation ou déjà approuvés. Ces mécanismes ont pour but de limiter les erreurs de frappe ou de documentation;
- ✓ le dossier le plus préoccupant cette année pour le comité exécutif du CMDP a été sans contredit la pénurie d'effectifs médicaux et ses répercussions sur les services à la population. Plusieurs rencontres ont eu lieu, notamment pour des problèmes aigus de la couverture d'unités d'hospitalisation suite au départ de plusieurs médecins dans un ou des groupes couvrant l'hospitalisation. Grâce à la bonne volonté de l'ensemble des intervenants, notamment les médecins de l'urgence, les groupes d'hospitalisation et les

médecins spécialistes, des ententes de partage de tâches ont été élaborées afin de ne pas perturber les services aux patients. Ces mesures permettent de pallier au problème ponctuellement et d'autres pistes de mesures collectives à long terme sont en cours de discussion. L'exécutif du CMDP suit ce dossier prioritaire de très près.

LE CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

LE COMITÉ EXÉCUTIF AU 31 MARS 2009

- Madame Isabelle Savary, présidente
- Madame Diane Girard, vice-présidente
- Madame Danièle Lord-Fortier, secrétaire-trésorière
- Madame Sylvie Charbonneau, officier
- Madame Lise Stewart, officier
- Madame Johanne Séguin, présidente du CIIA
- Madame Francine Bouchard, vice-présidente du CIIA
- Madame Carmelle Chagnon, officier (CIIA)
- Madame Denise Faille, officier (CIIA)
- Madame Julie Gagné, officier (CIIA)
- Madame Christine Lessard, directrice générale (membre d'office)
- Madame Olga Medeiros, directrice des soins infirmiers (membre d'office)

Faits saillants des activités du CII 2008-2009

Faisant suite à une recommandation déposée à la direction générale de l'établissement sur la gestion du processus de distribution et du cheminement des médicaments en courte et longue durée, plusieurs actions du côté de la pharmacie sont en cours depuis le début de l'année 2009 :

- ✓ En longue durée, rencontres régulières pour améliorer les problématiques en lien avec la gestion du médicament et la pharmacie;
- ✓ en courte durée, actions entreprises, entre autres, avec certaines unités et des conseillères pour revoir le cheminement du médicament et les diverses problématiques inhérentes à la commande, prescriptions, réceptions des médicaments, chariot d'urgence, etc.

En outre, plusieurs commentaires, recommandations et réflexions ont été émises à la Directrice des soins infirmiers en lien avec l'amélioration de la qualité des soins infirmiers et la sécurité des patients. Notons des recommandations au sujet de règles de soins infirmiers, protocoles infirmiers, protocoles interdisciplinaires ainsi que politiques et procédures de la prévention des infections.

Également, il y a eu une participation active au niveau des comités attraction et fidélisation de la main d'œuvre et mobilisation et une implication au niveau de l'organisation du travail et des activités de recrutement, de promotion de la profession et de rétention de la main d'œuvre par le biais du comité de la relève.

De plus :

- ✓ Les 45 déléguées du CII se sont impliquées dans la diffusion d'informations.
- ✓ Le projet de recherche sur la prise de pression artérielle a été complété.

- ✓ Une première édition de la remise des Prix étoile du mérite s'est tenue en mai 2008, dans le cadre de la Semaine de l'infirmière et de la Journée de l'infirmière auxiliaire, en collaboration avec la Direction des soins infirmiers.

Finalement, l'assemblée générale annuelle s'est tenue le 14 mai 2008, réunissant 83 infirmières et infirmières auxiliaires.

LE CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE LE COMITÉ EXÉCUTIF AU 31 MARS 2009

- Madame Sophia Coulombe, présidente (agent de planification, programmation et recherche socio-sanitaire)
- Madame Micheline Jetté, vice-présidente (technologue en médecine nucléaire)
- Madame Renée Cyr, officier (ARH – Ressources non institutionnelles)
- Madame Lisa Del Guidice, officier (ARH – Centres d'hébergement et ressources non institutionnelles)
- Madame Josée Gauthier, officier (technicienne en loisirs)
- Madame Louise Montminy, officier (travailleuse sociale)
- Madame Stéphanie Villeneuve, officier (orthophoniste)
- 1 poste vacant (membre coopté pour mission de CLSC)
- 1 poste vacant (membre élu pour mission de CLSC)
- Madame Christine Lessard, directrice générale (membre d'office)
- Madame Christiane Duval, directrice générale adjointe – gestion clinique (membre d'office)

Faits saillants des activités du conseil multidisciplinaire 2008-2009

Au cours de la dernière année, le conseil multidisciplinaire a déposé à la direction générale un avis sur les plans d'interventions, cet avis recommandait :

- ✓ Compte tenu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSS, 1991) et des obligations des différents ordres professionnels, le CSSS reconnaît que chaque usager a droit à un plan d'intervention;
- ✓ qu'une politique interne encadre la démarche d'un plan d'intervention pour chaque dossier d'usager;
- ✓ que les intervenants du CSSS puissent recevoir une formation adéquate sur les plans d'intervention afin de rendre réalisable la rédaction du plan d'intervention ainsi que d'agir en tant qu'agent motivateur;
- ✓ que des suivis soient faits après la formation reçue afin de s'assurer de son application et de sa mise en œuvre;
- ✓ que du support soit apporté aux intervenants, par les gestionnaires.

L'exécutif du conseil multidisciplinaire a reçu, de la part de la direction des soins infirmiers, des politiques et protocoles touchant nos professionnels, pour commentaires et recommandations.

Dans un souci d'harmonisation des pratiques, trois comités de pairs ont été formés et ont déposé leur plan d'action sur l'amélioration de certains outils de travail. Les travaux sont présentement en cours.

Le conseil multidisciplinaire a aussi créé des alliances avec le CMDP et a approché le CII, le conseil désirant ainsi encourager une dynamique interdisciplinaire dans notre CSSS.

Des membres pivots ont été nommés pour chacun de nos sites, ils ont veillé à la diffusion d'information et assuré la distribution du journal « L'Empreinte multi » dans tout le CSSS. Ils ont aussi participé à la rencontre d'échange sur l'agrément.

Enfin, plus de 50 membres ont assisté à l'assemblée générale annuelle du conseil multidisciplinaire qui s'est tenue le 27 mai 2008.

LE COMITÉ DES USAGERS

LES MEMBRES AU 31 MARS 2009

- Madame Nathalie Perreault, présidente (représentante clientèle en santé mentale jeunesse)
- Madame Marie-Andrée Dion, vice-présidente (représentante du comité des résidents du Centre d'hébergement Gertrude-Lafrance)
- Monsieur Pierre-Paul Lussier, secrétaire-trésorier (représentant clientèle personnes âgées)
- Monsieur Félix Blanchard (représentant clientèle personnes âgées et chirurgie)
- Madame Isabelle Dubé (représentante clientèle en santé mentale adulte)
- Madame Louise Foisy (représentante du comité des résidents du centre d'hébergement Georges-Phaneuf)
- Madame Denise Gauthier (représentante clientèle des ressources non institutionnelles [RNI] en santé mentale)
- Monsieur Richard Guillemette (représentant clientèle en santé physique)
- Poste vacant (représentant du comité des résidents du centre d'hébergement Champagnat)
- Poste vacant (représentant du comité des résidents du centre d'hébergement Saint-Joseph)
- Poste vacant (représentant du comité des résidents du centre d'hébergement Sainte-Croix)
- Poste vacant (représentant du comité des résidents du centre d'hébergement Val-Joli)

Faits saillants des activités du comité des usagers 2008-2009

Au cours de l'année 2008-2009, le comité des usagers s'est réuni à neuf reprises. Les activités réalisées en cours d'année ont notamment consisté à : renseigner les usagers sur leurs droits et obligations; promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie et évaluer le degré de satisfaction des usagers; défendre les droits et intérêts des usagers; accompagner et assister, sur demande, un usager dans toute démarche qu'il entreprend; et assurer le bon fonctionnement des comités de résidents.

En 2008-2009, certaines situations ou problématiques ont été rapportées à l'établissement, dont notamment les suivantes qui ont fait ou feront l'objet de correctifs ou de suivis particuliers :

- ✓ Problème d'isolation de fenêtres;
- ✓ aménagement d'un fumoir conforme et dans un délai raisonnable au Centre d'hébergement Saint-Joseph;
- ✓ lacunes concernant les toilettes réservées aux personnes handicapées et comptoir d'orthopédie de l'hôpital non adapté aux personnes en fauteuil roulant;

- ✓ état de situation concernant le programme de chèque emploi/service;

- ✓ état de situation quant au remplacement de gardiens de sécurité par des secrétaires au Centre Georges-Phaneuf;
- ✓ Etc.

Notons, enfin, que plusieurs autres dossiers traités par les comités de résidents ont également fait l'objet de suivis auprès de l'établissement au cours de la dernière année.

LE COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

LES MEMBRES AU 31 MARS 2009

- Madame Denise Henry, présidente (direction de la qualité, de la performance et des relations avec la clientèle)
- Madame Lucie Groleau, vice-présidente (direction de la qualité, de la performance et des relations avec la clientèle)
- Madame Sylvie Aubry (direction de la qualité, de la performance et des relations avec la clientèle)
- Madame Martine Bouchard (direction réseau – médecine, soins et services spécialisés)
- Madame Mélanie Caron (direction générale adjointe – direction des affaires médicales)
- Madame Christiane Duval (direction générale adjointe – gestion clinique)
- Madame Ghislaine Gauthier (direction réseau santé mentale)
- Monsieur André Gladu (membre du conseil d'administration)
- Madame Julie Goudreau (direction réseau chirurgie et réadaptation)
- Madame Carol Hemmings (direction réseau enfance-famille-jeunesse, déficience intellectuelle, trouble envahissant du développement et déficience physique 0-17 ans)
- Madame Isabelle Lachaine (direction des ressources humaines)
- Madame Marielle L'Homme (direction des services techniques)
- Madame Olga Medeiros (direction des soins infirmiers)
- Docteure Isabelle Morissette (comité de prévention des infections)
- Docteure Krystyna Pecko (direction générale adjointe – direction des affaires médicales)
- Docteur Daniel Pothier (direction générale adjointe – direction des affaires médicales)
- Madame Lucie Tétreault (direction réseau personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et déficience physique 18 ans et plus)

Faits saillants des activités du comité de gestion des risques 2008-2009

Les principaux risques d'incidents/accidents mis en évidence au moyen du système local de surveillance (art. 183.2)

Le 1^{er} avril 2008, le nouveau formulaire AH-223 a été déployé. Avec l'implantation de ce nouveau formulaire, un nouveau système local de surveillance devait être mis en place. Le ministère de la santé et des services sociaux a mandaté la firme Sogique afin d'offrir aux établissements de santé du Québec une application Web nommée SISSS. Le CSSS Haut-Richelieu – Rouville a été pilote pour cette application, mais les échéanciers de déploiement du système ont dû être allongés.

Nous avons débuté la saisie des formulaires AH-223 en août 2008, mais les difficultés vécues avec le système ont engendré des retards de saisie importants. Au 1^{er} avril 2008, nous avons quatre périodes financières complétées. Le générateur de rapports n'est pas encore déployé; seuls des rapports globaux ont été développés, mais le traitement des données n'est pas accessible aux utilisateurs. Aussi, il ne nous est pas possible de témoigner de nos résultats à ce niveau puisque le

système local de surveillance n'a pas pu être fonctionnel à temps. Avec quelques 7000 événements annuels, un système électronique est essentiel.

Par ailleurs, il va de soi que tous les événements sentinelles sont analysés et des mesures pour éviter la récurrence sont mises en place. Le système de surveillance nous permettra d'interroger une base de données et d'analyser en profondeur les incidents et accidents.

Les types d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance systématique et les principaux résultats de cette surveillance

En 2008-2009, le taux d'incidence d'acquisition nosocomiale du *Clostridium difficile* a été de 3,2 par 10 000 jours présences. Nous nous sommes maintenus sous la moyenne montérégienne qui était de 4,6 par 10 000 jours présences. L'an passé, notre taux était de 3,1 par 10 000 jours présences.

Pour le staphylocoque aureus résistant à la méthicilline (SARM), notre incidence a légèrement augmenté, passant de 7,3 par 10 000 jours présences l'an passé à 8,4 cette année. Deux situations expliquent cette légère hausse : une éclosion sur l'unité de gériatrie a généré 9 cas et la transmission active au 6^e sud étant toujours présente a, à elle seule, généré 22 cas.

Nous avons eu nos premiers cas d'acquisition nosocomiaux d'ERV dans notre établissement et, par le fait même, notre première éclosion. En tout, six patients ont été contaminés. Notre incidence se situe à 0,7 par 10 000 jours présences.

Parmi nos objectifs, nous avons, entre autres, poursuivi la surveillance des infections des sites chirurgicaux, plus spécifiquement pour les clientèles opérées pour une prothèse totale de hanche (PTH) ou une prothèse totale de genou (PTG). Jusqu'à présent, aucune infection n'a été répertoriée pour les PTH au suivi de 7 et 30 jours. Pour les PTG, deux infections superficielles ont été notées, une à 7 jours et une à 30 jours postopératoire. Nous avons aussi instauré une surveillance pour les infections nosocomiales suite à une césarienne. Les données seront compilées sous peu.

La prévention des infections concerne tout le monde, c'est pourquoi une formation d'accueil a été mise en place pour rejoindre tous les intervenants quel que soit leur titre d'emploi. Une formation a aussi été élaborée pour l'ensemble des bénévoles.

L'équipe a encore été très impliquée dans tous les travaux de construction et de rénovation à travers le CSSS.

Les recommandations et les suivis effectués par le comité en lien avec les priorités de l'établissement en matière de gestion des risques d'incidents/accidents et de surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales

Le comité de gestion des risques et de la qualité, suite à l'analyse de divers événements, a émis deux recommandations, soit :

1. Recommandation à la direction des services techniques :
 - ✓ de canaliser l'ensemble des salles du bloc opératoire en azote gazeux : **réalisé en avril 2009.**

2. Recommandation à la direction des affaires médicales et au département de radiologie :
- ✓ de prioriser la lecture des poumons dont les patients ont eu une installation d'un tube de Keofeed : **réalisé.**
 - ✓ d'aviser les médecins du CSSS que les installations de Keofeed se feront désormais le matin afin de permettre la lecture pendant la journée : **réalisé.**

PARTIE 6

États financiers et analyse
des résultats des opérations

RAPPORT DES VÉRIFICATEURS

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

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

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

À notre avis :

- * L'établissement s'est conformé aux dispositions de la loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses dépenses, ou son volume de services ou d'activités.
- * L'établissement s'est conformé aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel.
- * Les pratiques comptables de l'établissement sont conformes aux normes et définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- * Les unités de mesure utilisées par l'établissement sont conformes aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, à l'exception des éléments mentionnés aux commentaires 1 à 5 du rapport du vérificateur.
- * Les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives suivies par l'établissement, sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport financier annuel, sont valables.

- * Les procédures de contrôle interne relatives aux données financières suivies par l'établissement, sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport financier annuel, sont valables.
- * L'établissement s'est conformé aux directives administratives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Le rapport financier annuel donne, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de l'établissement au 31 mars 2009 ainsi que de ses revenus et dépenses, de l'évolution de sa situation financière et des données financières et quantitatives de ses centres d'activités pour l'exercice terminé à cette date, selon les règles comptables décrites dans la note 4.

Le rapport financier annuel, qui n'a pas été établi, et qui n'avait pas à être établi, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, est fourni uniquement à titre d'information et pour être utilisé par les administrateurs de l'établissement ainsi que par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, afin de satisfaire à l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Le rapport financier annuel n'est pas destiné à être utilisé, et ne doit pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles il a été établi.

Nom de l'associé responsable	Mylène Malo C.A., #121089	
Nom du Vérificateur	Raymond Chabot Grant Thornton, s.e.n.c.r.l.	
Adresse	357, boulevard du Séminaire Nord Saint-Jean-sur-Richelieu (Québec) J3B 8C5	
Téléphone	450 348-6886	(signé) Raymond Chabot Grant Thornton, s.e.n.c.r.l. Le vérificateur
Télécopieur	450 348-3716	Date : 11 juin 2009

COMMENTAIRES

1. Les unités de mesure utilisées par l'établissement ne sont pas conformes aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. En effet, l'unité de mesure "l'utilisateur" dans le centre d'activités "Médecine de jour, 7090" doit être décomptée une seule fois annuellement. De plus, l'unité de mesure « le jour soins » n'est pas compilée adéquatement, car il manque des informations au logiciel.
2. Les unités de mesure utilisées par l'établissement ne sont pas conformes aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. En effet, la compilation de l'unité de mesure "l'utilisateur" dans le centre d'activités "Service de pastorale, 6390" a fait l'objet d'estimation.
3. Les unités de mesure utilisées par l'établissement ne sont pas conformes aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. En effet, l'unité de mesure "La procédure pondérée" dans le centre d'activités "Laboratoire, 6600" n'a pas été compilée correctement. L'établissement a utilisé une seule pondération pour les différentes procédures alors que chaque prélèvement requiert une pondération différente.
4. Les unités de mesure utilisées par l'établissement ne sont pas conformes aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. En effet, les unités de mesure « La visite » et « Le traitement » dans le centre d'activités " Hémato-oncologie, 7060 " ne sont pas compilées adéquatement au cours des six premiers mois de l'exercice.
5. Les unités de mesure utilisées par l'établissement ne sont pas conformes aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. En effet, l'unité de mesure « mètre cube » dans le centre d'activités « Fonctionnement des installations autres, 7703 » n'est pas supporté par des documents.

FONDS D'EXPLOITATION (RÉSULTATS - SOMMAIRE)		2008-2009 \$	2007-2008 \$
ACTIVITÉS PRINCIPALES			
REVENUS			
Agence de la santé et des services sociaux et Ministère de la Santé et des Services sociaux	01	191 426 156	xxxx
Usagers	02	14 983 793	xxxx
Vente de services	03	1 132 241	xxxx
Recouvrements	04	1 791 833	
Donations (=P300, L30+L31, C2+P302, L18, C1)	05		
Subvention du gouvernement fédéral	06		xxxx
Autres revenus	07	759 451	xxxx
Total (L.01 à L.07)	08	210 093 474	xxxx
.....	09	xxxx	xxxx
.....	10	xxxx	xxxx
.....	11	xxxx	xxxx
CHARGES			
Salaires	12	105 142 084	xxxx
Avantages sociaux	13	28 629 278	xxxx
Charges sociales	14	14 927 472	xxxx
Médicaments	15	7 563 575	xxxx
Produits sanguins	16	2 178 523	xxxx
Fournitures médicales et chirurgicales	17	9 253 598	xxxx
Denrées alimentaires	18	2 575 883	xxxx
Créances douteuses	19	57 406	xxxx
Variation provision pour vacances, congés maladie, fériés, mobiles, rétention et quart stable de nuit	20	140,482	xxxx
.....	21	xxxx	xxxx
.....	22	xxxx	xxxx
.....	23	xxxx	xxxx
.....	24	xxxx	xxxx
Autres charges			
Intérêts sur emprunts	25	4 427	xxxx
Entretien et réparation	26	2 654 884	xxxx
Autres dépenses	27	36 284 043	xxxx
TOTAL (L.12 à L.27)	28	209 411 655	xxxx
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS PRINCIPALES (L.08 - L.28)			
	29	681 819	xxxx

À titre informatif seulement

CONTRIBUTIONS PROVENANT OU AFFECTÉES À D'AUTRES FONDS :

En provenance de l'avoir propre et d'autres fonds	30	192 192	xxxx
Affectés au fonds d'immobilisations – projets autofinancés	31	1 021 451	xxxx
Affectés au fonds d'immobilisations – autres	32	38 488	xxxx
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS PRINCIPALES APRÈS CONTRIBUTIONS PROVENANT OU AFFECTÉES À D'AUTRES FONDS (L.29 + L.30-L.31-L.32)	33	185 928	xxxx

BILAN DU FONDS D'EXPLOITATION	2008-2009	2007-2008
	\$	\$

ACTIF À COURT TERME

Encaisse	01	3 407 419	
Placements temporaires	02		
Débiteur – Agence et MSSS	03	3 269 483	6 240 143
Autres débiteurs	04	3 896 777	3 312 676
Charges payées d'avance	05	721 043	810 206
Stocks	06	2 224 219	2 328 656
Créances interétablissements	07		
Créances interfonds	08	0	
Autres éléments	09	1 483	31 507
Total de l'actif à court terme (L.01 à L.09)	10	13 520 424	12 723 188
SUBVENTION À RECEVOIR – RÉFORME COMPTABLE	11	15 336 744	xxxx
PLACEMENTS À LONG TERME	12		
AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIF	13	825 791	770 666
TOTAL DE L'ACTIF (L.10 à L.13)	14	29 682 959	13 493 854

PASSIF À COURT TERME

Découvert de banque	15		341 331
Emprunts	16		
Créditeur – Agence et MSSS	17	0	
Autres créditeurs	18	35 541 498	19 835 229
Intérêts courus à payer	19		
Dettes interétablissements	20		
Dettes interfonds	21	248 000	1 229 277
Fraction de moins d'un an de la dette à long terme	22		
Revenus reportés - activités principales:			
♦ Agence	23	2 485 054	590 658
♦ Autres	24	64 115	41 942
Revenus reportés - activités accessoires:			
♦ Programme d'aide aux joueurs pathologiques	25	7 068	
♦ Projets de recherche en cours	26		
♦ Projets de recherche terminés	27		
♦ Autres : Sondage satisfaction des usagers	28	145 592	
Autres éléments	29	244 382	324 427
Total du passif à court terme (L.15 à L.29)	30	38 735 709	22 362 864

À LONG TERME

Emprunts	31		
Obligations	32		
Total (L.31 + L.32)	33		

<i>AUTRES ÉLÉMENTS DU PASSIF</i>	34	742 952	545 056
TOTAL DU PASSIF (L.30 + L.33 + L.34)	35	39 478 661	22 907 920
SOLDE DE FONDS	36	(9 795 702)	(9 414 066)
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.35 +L.36)	37	29 682 959	13 493 854

BILAN DES AUTRES FONDS		Fonds de dotation	Fonds à destination spéciale	Fonds affectés	Fonds en fiducie	Fonds de stationnement	Fonds des coûts de transition	Total (c.1 à c.6)
ACTIF À COURT TERME								
Encaisse	01				53 522			53 522
Placements temporaires	02							
Débiteur - Agence ou MSSS	03	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX		
Autres débiteurs	04							
Charges payées d'avance	05							
Créances interfonds	06				XXXX			
Autres éléments	07							
Total de l'actif à court terme (L.01 à L.07)	08				53 522			53 522
IMMOBILISATIONS	09		XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
PLACEMENTS À LONG TERME	10			XXXX	XXXX		XXXX	
AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIF	11			XXXX	XXXX			
TOTAL DE L'ACTIF (L.08 À L.11)	12				53 522			53 522
PASSIF À COURT TERME								
Découvert de banque	13				XXXX			
Emprunts de banque	14				XXXX	XXXX		
Créditeur - Agence ou MSSS	15	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX		
Autres créditeurs	16							
Dettes interétablissements	17							
Intérêts courus à payer :								
- Corporation d'Hébergement du Québec	18				XXXX	XXXX		
- Financement Québec	19				XXXX	XXXX		
- Autres	20				XXXX	XXXX		
Sommes confiées en fiducie à l'établissement	21	XXXX	XXXX	XXXX	53 522	XXXX	XXXX	53 522
Dettes interfonds	22				XXXX			
Fraction de moins d'un an de la dette à long terme	23			XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	
Autres éléments	24							
Total du passif à court terme (L.13 à L.24)	25				53 522			53 522
À LONG TERME								
Revenus reportés	26				XXXX			
Autres éléments	27			XXXX	XXXX	XXXX		
Total du passif à long terme (L.26 + L.27)	28				XXXX			
TOTAL DU PASSIF (L.25 + L.28)	29				53 522			53 522
SOLDE DE FONDS	30		0		XXXX			0
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.29+ L.30)	31		0		53 522			53 522

PARTIE 7

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

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

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

Au cours de l'année 2008-2009 :

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

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

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

PRÉAMBULE

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

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

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

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

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

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

- Traiter des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration d'intérêts;
- traiter de l'identification de situations de conflits d'intérêts;
- régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération de ces personnes;
- traiter des devoirs et obligations de ces personnes même après qu'elles ont cessé d'exercer leurs fonctions.

Prévoir des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de l'application du code et la possibilité de sanctions.

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

l'autorité compétente ainsi que du nom des personnes révoquées ou suspendues au cours de l'année.

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

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

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

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

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

DÉCLARATION DE PRINCIPES

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

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

Adopté par le conseil d'administration le 26 avril 2005

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

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

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

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

- primauté des intérêts de la population à desservir;
- utilisation efficiente et équitable des ressources de l'établissement.

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

I. Objet et champ d'application

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

Le présent Code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, ni d'établir une liste exhaustive des normes de comportement attendues de l'administrateur. Il cherche plutôt à réunir les obligations et devoirs généraux de l'administrateur.

Notamment, il :

- Traite des mesures de préventions, y incluant des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- traite des règles reliées à la rémunération et avantages;
- traite des devoirs et obligations des administrateurs après qu'ils cessent leurs fonctions;
- prévoit des mécanismes d'application du Code.

2. Tout administrateur de l'établissement est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par les lois, les règlements et le présent Code. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

L'administrateur doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles. Il doit organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

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

3. L'administrateur doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine, des droits fondamentaux de la personne, des besoins de services des individus et des groupes le plus près possible de leur milieu de vie et d'une gestion efficiente des ressources mises à la disposition de l'établissement.
4. Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt du Centre de Santé et de Services sociaux Haut-Richelieu—Rouville et de la population desservie.

Chaque administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, doit également agir dans le respect du droit, avec efficacité, assiduité et équité.

II Définitions

5. Dans le présent Code les mots et expressions suivantes ont le sens qui y apparaît, à moins que le contexte n'indique un sens différent :
- a) « administrateur » désigne un membre du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu—Rouville ;
 - b) « **association ou entreprise** » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'établissement;
 - c) « **code** » désigne le présent Code;
 - d) « **conflit d'intérêts** » désigne, notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation ou apparence de situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;
 - e) « **conseil d'administration** » désigne le conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu—Rouville;

- f) « **proche** » désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur de l'administrateur. Cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur;
- g) « **établissement** » désigne le Centre de Santé et de Services sociaux Haut-Richelieu–Rouville.

III Devoirs et obligations de l'administrateur pendant son mandat

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

À cette fin, l'administrateur :

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

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

Disponibilité et participation active

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

Soin et compétence

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

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

Neutralité

13. Sous réserve des règles applicables en matière de conflits d'intérêts, l'administrateur doit exercer son droit de vote lorsque requis aux séances du conseil d'administration.
L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote ou en exerçant ses pouvoirs de la manière la plus objective possible sans tenir compte de considérations politiques ou partisans. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit.
14. L'administrateur doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et, conséquemment, s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne ou être influencé par des offres d'emploi.

Activités politiques

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

Tout autre administrateur qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le président du conseil d'administration.
17. Le président du conseil d'administration ou le directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions.
18. Le directeur général qui veut se porter candidat à la charge de député à l'Assemblée nationale, de député à la Chambre des communes du Canada ou à une autre charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps plein doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.
19. Le directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique élective dont l'exercice sera probablement à temps partiel, mais dont la candidature sera susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve, doit demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.
20. Le directeur général qui obtient un congé sans rémunération conformément à l'article 17 ou à l'article 18 a le droit de reprendre ses fonctions au plus tard le 30^e jour qui suit la date de clôture des mises en candidature, s'il n'est pas candidat, ou, s'il est candidat, au plus tard le 30^e jour qui suit la date à laquelle une autre personne est proclamée élue.

Adopté par le conseil d'administration le 26 avril 2005

21. Tout administrateur qui est élu à une charge publique à temps plein et qui accepte son élection, doit se démettre immédiatement de ses fonctions d'administrateur.

Discrétion

22. L'administrateur fait généralement preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

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

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

Relations publiques

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

L'administrateur agit avec honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

27. Agit de bonne foi au mieux des intérêts de l'établissement et de la population desservie sans tenir compte des intérêts d'aucune autre personne, entreprise ou association.

L'administrateur contribue à la réalisation de la mission de l'établissement dans son meilleur intérêt. Dans ce cadre, il doit mettre à profit ses connaissances, ses aptitudes et son expérience de manière à favoriser l'accomplissement efficient, équitable et efficace

des mandats de l'établissement et de l'administration de tous les biens qu'il possède ou dont il a la garde.

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

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

Conflits de devoirs ou d'intérêts

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

L'administrateur et les conflits d'intérêts

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

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

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

L'administrateur et les conflits de rôle

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

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

Le directeur général et les conflits d'intérêts

34. Le directeur général ne peut, sous peine de déchéance de sa charge et de son congédiement, avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'établissement. Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou, qu'après en avoir informé le conseil d'administration, il en dispose dans les délais fixés par celui-ci.

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

Le directeur général doit, dans les 60 jours qui suivent sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec tout établissement ou toute régie régionale. Cette déclaration doit être mise à jour dans les 60 jours de l'acquisition de tels intérêts par le directeur général.

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

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

L'exclusivité de fonctions du directeur général

36. Le directeur général doit, sous peine de déchéance de sa charge ou de sa suspension sans traitement ou de son congédiement et sous réserve des exceptions prévues aux lois, s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de sa fonction.

Il peut toutefois occuper un autre emploi, charge ou fonction ou fournir un autre service si aucune rémunération ou aucun avantage quelconque, direct ou indirect, ne lui est accordé de ce fait.

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

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

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

Il peut également occuper une charge publique élective.

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

Biens de l'établissement

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

Avantages ou bénéfices indus

38. L'administrateur se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.

39. L'administrateur ne peut, pour lui ou un tiers, accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaire avec l'établissement, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

Notamment, est considéré un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui peut compromettre ou semble compromettre l'attitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

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

Transparence

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

Interventions abusives

44. Hormis le directeur général, l'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sauf l'engagement du directeur général ou de tout cadre supérieur.
45. L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches.
46. L'administrateur s'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme ou une personne et l'établissement.
47. L'administrateur s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des séances; à ce titre, il reconnaît l'autorité du président du conseil d'administration dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté du conseil d'administration ou de toute autre instance de l'établissement.
48. L'administrateur respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.

- 49. L'administrateur respecte l'intégrité et la bonne foi des administrateurs et du personnel de l'établissement; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité ou sur la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera l'huis clos pour ce faire.
- 50. L'administrateur évite, dans le cadre d'une séance, d'afficher sa position par des signes extérieurs, il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.
- 51. L'administrateur peut faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.
- 52. L'administrateur évite de porter atteinte, par des propos immodérés, à la réputation de l'établissement, de toutes les personnes qui y œuvrent ou de toute autre personne.

IV Devoirs et obligations de l'administrateur après son mandat

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

À cette fin, l'administrateur :

- 53. Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- 54. Évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'établissement est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.
- 55. S'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, de solliciter un emploi auprès de l'établissement.
- 56. Ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenu dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur, ni ne donne à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant les responsabilités de l'établissement.
- 57. Évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et de toutes les personnes qui y œuvrent.
- 58. Dans l'année qui suit la terminaison du mandat d'un administrateur, les administrateurs en fonction ne peuvent traiter avec ce dernier.

V Mécanismes d'application

- 59. Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect du présent Code par les administrateurs de l'établissement. Il doit s'assurer de la connaissance, par les

administrateurs, des principes, règles et modalités du présent Code et agir auprès d'eux à titre de conseiller, notamment en prévoyant les formations requises.

60. Toute allégation d'inconduite ou de manquement aux lois, aux règlements ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise au président du conseil d'administration ou au directeur général si l'allégation concerne le président du conseil d'administration.

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

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

Tenue de l'enquête

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

Information de l'administrateur concerné

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

Transmission du rapport au président du conseil d'administration

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

Décision

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

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

65. Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension avec ou sans rémunération d'une durée maximale de trois mois ou la déchéance de charge. L'administrateur est informé, par écrit, de la décision motivée et de la sanction qui lui est imposée.

VI Engagements

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

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

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

VII La protection des personnes responsables de l'application du code

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

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

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

VIII Publicité du code

68. L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.
69. L'établissement doit publier dans son rapport annuel, le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs.

70. Le rapport annuel de l'établissement doit faire état:

- du nombre et de la nature des signalements reçus;
- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
- des noms des personnes ayant été remises à l'ordre, réprimandées, suspendues ou révoquées.

IX Création du comité sur l'éthique et la déontologie

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

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

72. Une personne cesse d'être membre du Comité lorsqu'elle perd la qualité nécessaire à sa nomination.

73. Sous réserve de l'article 72, un membre du Comité demeure en fonction, malgré la fin de son mandat, tant qu'il n'est pas remplacé ou désigné de nouveau.

74. Toute vacance survenant au Comité est comblée pour la durée non écoulée du mandat suivant les prescriptions de l'article 71 du présent Code.

75. Dans l'hypothèse où une dénonciation concernerait un membre du Comité, ce dernier ne peut siéger au Comité et est remplacé suivant les indications du conseil d'administration pour la durée décidée par le conseil.

76. Le quorum des réunions du Comité est de trois membres.

Les décisions du Comité sont prises à la majorité simple des membres présents.

77. Les fonctions du Comité sont les suivantes :

- a) S'assurer de la signature par les administrateurs de toutes les déclarations prévues au présent Code.
- b) Enquêter sur toute dénonciation ou sur toute matière découlant de l'application du présent Code.
- c) Déterminer, suite à une enquête, si un membre a contrevenu aux dispositions du présent Code.
- d) Faire des recommandations sur les sanctions à imposer à un membre en cas de contravention ou sur toute matière susceptible d'améliorer l'application du présent Code.

X Conseiller à l'éthique et à la déontologie

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

XI Dispositions finales

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