

Centre de santé et de services sociaux  
de Gatineau



# **RAPPORT ANNUEL 2006-2007**

**Adopté par le conseil d'administration**

**26 juin 2007**

*«une organisation centrée sur sa communauté,  
la personne et son mieux-être*

## Table des matières

|                                                                                                                                    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Lettre au Ministre.....                                                                                                            | 1  |
| Mot du président .....                                                                                                             | 2  |
| Mot du directeur général.....                                                                                                      | 3  |
| Présentation de l'établissement.....                                                                                               | 5  |
| Organigramme .....                                                                                                                 | 6  |
| Le plan d'organisation .....                                                                                                       | 7  |
| Direction réseau – Services généraux et santé publique.....                                                                        | 7  |
| Direction réseau – Santé physique .....                                                                                            | 7  |
| Direction réseau – Enfance-Jeunesse-Famille .....                                                                                  | 7  |
| Direction réseau – Santé mentale et dépendances .....                                                                              | 8  |
| Direction réseau - Soutien à l'autonomie.....                                                                                      | 8  |
| Quelques statistiques intéressantes .....                                                                                          | 9  |
| États financiers.....                                                                                                              | 11 |
| Le conseil d'administration, les conseils et les comités au 31 mars 2007.....                                                      | 14 |
| Représentation.....                                                                                                                | 14 |
| Le comité des usagers .....                                                                                                        | 16 |
| Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) .....                                                                     | 16 |
| Le comité d'éthique clinique .....                                                                                                 | 17 |
| Le conseil des infirmières et infirmiers (CII) .....                                                                               | 17 |
| Le conseil multidisciplinaire (CM).....                                                                                            | 18 |
| Le conseil des sages-femmes .....                                                                                                  | 18 |
| La Fondation .....                                                                                                                 | 18 |
| Les Associations des bénévoles .....                                                                                               | 19 |
| La gestion des risques .....                                                                                                       | 20 |
| Le rapport des plaintes .....                                                                                                      | 22 |
| Bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité<br>à la fin de la treizième période financière, 2006-2007..... | 23 |
| Le code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration .....                                                              | 51 |
| Les installations du CSSS de Gatineau.....                                                                                         | 55 |

Le masculin est utilisé à la seule fin d'alléger le texte. Il comprend donc le féminin.

Le 26 juin 2007

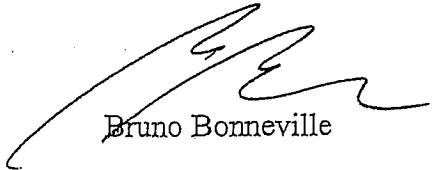
Monsieur Philippe Couillard  
Ministre de la Santé et des Services sociaux  
Édifice Catherine-de-Longpré  
1075, chemin Ste-Foy, 15<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec)  
G1S 2M1

Monsieur le Ministre,

En ma qualité de président du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de Gatineau, il me fait plaisir de vous présenter le rapport annuel des activités de notre établissement pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2007. Ce présent document reflète fidèlement l'ensemble des activités du Centre de santé et de services sociaux de Gatineau pour l'exercice écoulé.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

Le président du conseil d'administration,



Bruno Bonneville

P.j.

## Mot du président

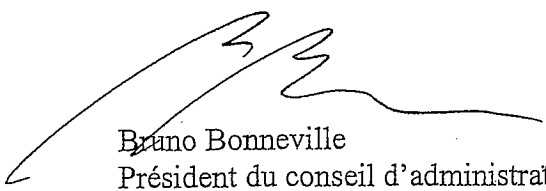
Nous venons de vivre une année de grands changements. Des élections ont eu lieu le 23 octobre 2006 afin d'élire le nouveau conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de Gatineau. Je tiens d'ailleurs à remercier le président sortant, monsieur Jean Bélanger et les membres de son équipe qui, depuis la création du CSSS de Gatineau en juillet 2004, ont travaillé d'arrache-pied au regroupement de cinq établissements en un seul et même centre.

Ils ont jeté les bases à notre organisation et grâce à des organisations bien rôdées, des employés et des médecins compétents et dévoués, des bénévoles impliqués et une fondation très active, nous sommes sur la voie du succès.

Cette année, nous avons fait de grands progrès dans plusieurs domaines en vue de la réussite de cette fusion. Depuis près de trois ans, aucun effort n'est ménagé pour prendre en charge les besoins sociaux sanitaires de la population locale, en plus d'offrir des soins spécialisés à la population du territoire de l'Outaouais et d'autres régions du Québec.

Au Centre de santé et de services sociaux de Gatineau, nous sommes près de 5000 professionnels de la santé, que ce soit des médecins, employés ou bénévoles à travailler ensemble à l'atteinte de ce but commun. En 2006, nous avons reçu l'aide d'un groupe d'experts afin de mettre en œuvre un plan d'action visant l'amélioration, l'accessibilité, la qualité et la continuité des services. En septembre, le directeur général, monsieur Denis-Bernard Raiche remettait sa démission. Quelques semaines plus tard, monsieur Jean-Pierre Chicoine était nommé directeur général intérimaire. Il avait comme mandat de procéder au redressement financier, maintenir et améliorer l'accessibilité aux soins et services, travailler étroitement avec les partenaires et améliorer les relations et la confiance. Il a aussi participé à l'embauche du nouveau directeur général, monsieur André. O. Rodier, qui est entré en fonction en février 2007.

Le nouveau conseil d'administration et ses comités se sont rencontrés régulièrement pour établir les balises des grands projets, revoir les progrès accomplis et apporter des correctifs au besoin. Après une vaste consultation interne, le conseil d'administration adoptait la mission, la vision et les valeurs du Centre de santé et de services sociaux de Gatineau. Nous avons aussi approuvé le nouveau plan d'organisation axé sur les programmes-services qui sont à la base des CSSS. Somme toute, les défis sont nombreux mais grâce à l'implication et au dévouement de l'ensemble du personnel et du corps médical, nous réussirons j'en suis persuadé, à stabiliser la situation et à entrevoir un avenir prometteur.



Bruno Bonneville  
Président du conseil d'administration

## Mot du directeur général

Dès mon entrée en fonction à titre de directeur général, j'ai effectué la tournée des 16 installations. J'ai rencontré le personnel et j'ai été impressionné par ce que j'ai vu, par les commentaires que j'ai reçus et surtout par le dynamisme que j'ai ressenti chez le personnel et les médecins avec qui j'ai eu le plaisir d'échanger.

Il est vrai que les défis liés à la pénurie de ressources humaines et à l'accessibilité à certains services sont réels. Cependant, j'ai été à même de constater que notre organisation offre à tous les jours une vaste gamme de services de qualité qui satisfont la grande majorité de notre clientèle et ce, grâce à la compétence, au dévouement et à la compassion de l'ensemble du personnel et de l'équipe médicale. Je profite de l'occasion pour les remercier sincèrement.

Dans les pages qui suivent, vous pourrez prendre connaissance des activités du CSSS de Gatineau au cours de la dernière année mais je me permets d'en souligner quelques-unes qui méritent une attention particulière.

À mon avis, l'élément le plus important a été l'adoption par le conseil d'administration de notre plan d'organisation. Après une vaste consultation interne, un consensus s'est fait autour de cinq grandes directions-réseau, à savoir : Services généraux et Santé publique, Santé mentale et Dépendances, Santé physique, Enfance-jeunesse-famille et Soutien à l'autonomie. Cette nouvelle structure devrait permettre d'offrir un meilleur continuum de soins et services à nos usagers.

Un sondage sur la mobilisation du personnel a été mené au CSSS de Gatineau. Pas moins de 1 488 employés y ont participé. L'objectif visait à déterminer si l'organisation offrait toutes les conditions requises pour favoriser la mobilisation du personnel. Les résultats ont démontré que l'indice global de mobilisation ne dépasse pas 55 %. Le conseil d'administration et la direction reconnaissent l'importance de donner suite aux préoccupations des employés et ont ciblé l'amélioration du climat de travail comme une des principales priorités de l'établissement pour l'année 2007-2008.

Par ailleurs, depuis décembre 2006, les femmes de la région de l'Outaouais qui veulent accoucher au centre hospitalier ou encore à domicile sous la responsabilité d'une sage-femme peuvent le faire. Les membres du conseil d'administration ont ainsi répondu à la demande exprimée par de nombreuses femmes de la région.

Après plusieurs années d'attente, le CSSS de Gatineau a obtenu le feu vert pour la construction du centre de cancérologie à l'hôpital de Gatineau. Une annonce importante pour l'équipe de cancérologie et pour la population. Ces nouvelles installations devraient améliorer encore plus les soins offerts aux patients, l'accessibilité aux services en plus de permettre au CSSS de Gatineau de rencontrer les cibles ministérielles en cancérologie.

Une nouvelle unité a vu le jour en avril 2006. L'unité de réadaptation gériatrique s'adresse aux personnes âgées, présentant une perte d'autonomie, qui voient leur maintien à domicile compromis suite à une détérioration de leur condition de santé ou à une hospitalisation de courte durée. En un an, 86 personnes âgées ont été traitées et 76 ont pu retourner à la maison.

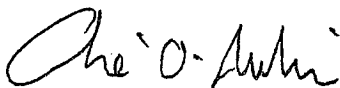
Une première dans la région, une clinique de vaccination massive sans rendez-vous contre l'influenza a été organisée en novembre 2006 et elle a été couronnée de succès. Pas moins de 3 000 personnes y ont participé.

Par ailleurs, nous avons assisté au lancement d'une campagne visant à mieux informer nos clientèles anglophones jeunesse et familiale sur les services qu'elles peuvent recevoir au CSSS de Gatineau.

L'équipe IMAGES (Inventons pour Mieux Agir en Exclusion Sociale) a célébré ses 10 ans. Depuis sa création, l'équipe a développé une certaine expertise qui permet de soutenir plus adéquatement les personnes en situation d'exclusion sociale ainsi que les ressources communautaires et institutionnelles devant répondre aux différents besoins de cette clientèle.

Notons finalement que sur le plan administratif, le CSSS de Gatineau a connu plusieurs changements importants au cours de la dernière année, entre autres l'élection d'un nouveau conseil d'administration, l'arrivée d'un nouveau directeur général et le renouvellement presque complet de l'équipe de direction.

Je demeure convaincu qu'avec la collaboration de nos employés, de nos médecins, de nos bénévoles, de nos partenaires, du gouvernement et de la population, nous réussirons le virage que nous venons d'amorcer au CSSS de Gatineau.



André O. Rodier  
Directeur général

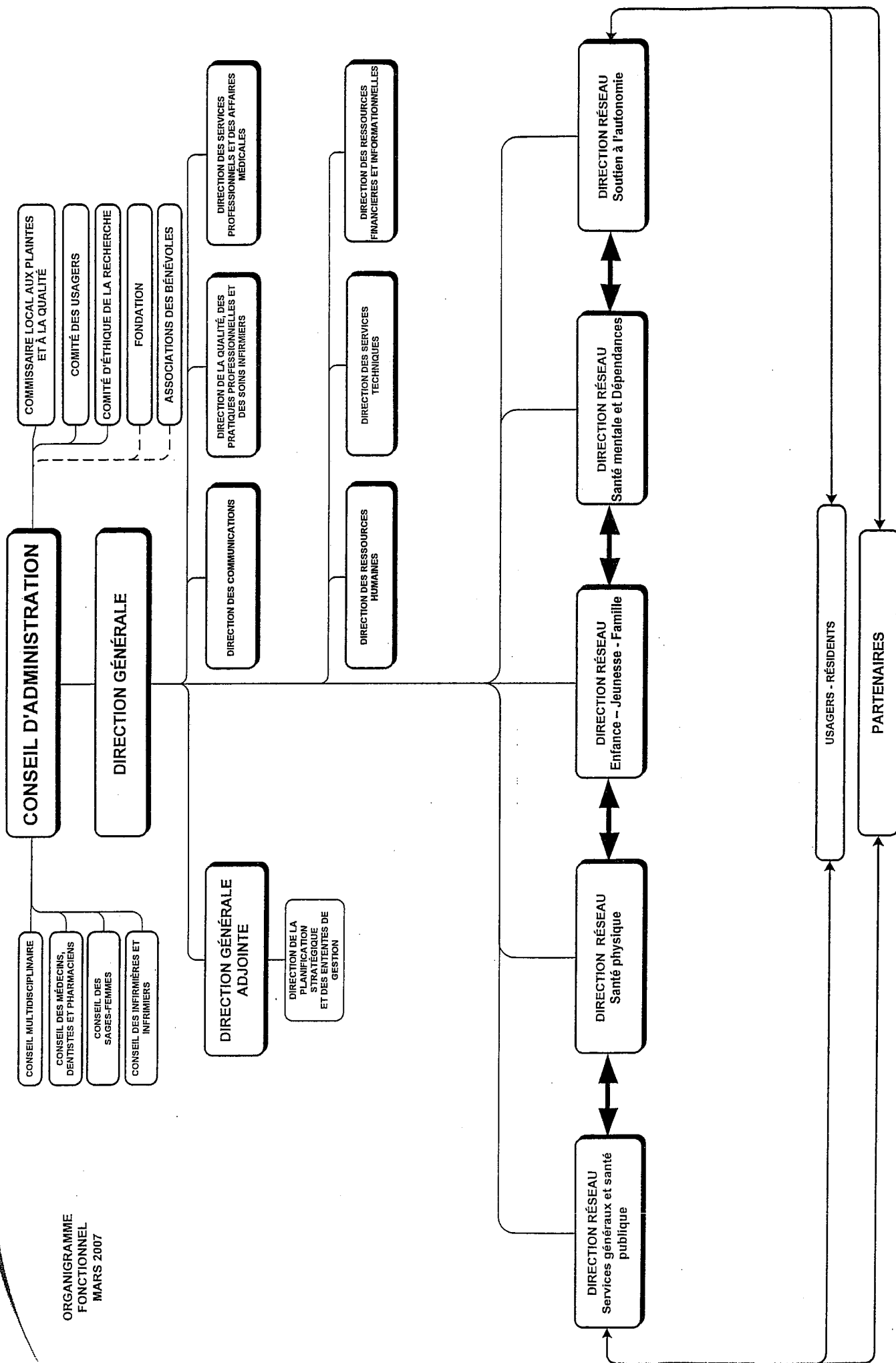
## Présentation de l'établissement

Le Centre de santé et de services sociaux de Gatineau (CSSS de Gatineau) regroupe le CLSC et CHSLD de Gatineau, le CLSC et CHSLD Grande-Rivière, le CLSC de Hull, le CHSLD de Hull ainsi que le CHVO (hôpitaux de Gatineau et de Hull). Avec ses 5 000 employés, 388 médecins, dentistes et pharmaciens et 600 bénévoles, le CSSS de Gatineau est un pôle économique majeur et un employeur important en Outaouais. Il dispense des soins et services à environ 226 000 personnes et offre également des soins spécialisés à la population des autres territoires de l'Outaouais et des régions du Québec.

La mission du CSSS de Gatineau est d'offrir l'accès à une gamme de services généraux de santé, spécialisés et surspécialisés, de services sociaux et d'actions soutenant le développement de la communauté. L'organisation doit aussi contribuer à l'offre de services d'autres CSSS par le biais de ses mandats régionaux et suprarégionaux. Elle est définie en fonction de cinq directions réseaux, à savoir la direction réseau Services généraux et Santé publique, la direction réseau Santé physique, la direction réseau Enfance-famille-jeunesse, la direction réseau Santé mentale et la direction réseau Soutien à l'autonomie.

Tenant compte des besoins de la population, de ses limites organisationnelles et financières, le CSSS de Gatineau entend être une organisation qui contribue avec ses partenaires à offrir des actions communautaires, des services de santé et sociaux pertinents, de qualité, accessibles et en continuité.

Le CSSS de Gatineau s'appuie sur l'engagement, la créativité et la collaboration du personnel, des médecins et des bénévoles ainsi que sur la capacité, le pouvoir d'agir de la communauté, des usagers et des proches pour l'atteinte d'une meilleure santé et d'un mieux-être chez la population.



## **Le plan d'organisation**

En décembre 2004, le conseil d'administration adoptait un plan d'organisation. Ce plan proposait un regroupement par mission des cinq établissements fusionnés afin de permettre l'harmonisation des services.

Mais il était clair que l'établissement devait faire évoluer ce plan d'organisation transitoire vers les programmes-services qui sont à la base des Centres de santé et de services sociaux afin de respecter les orientations ministérielles. Deux grands principes sous-tendent ces orientations : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services.

La direction générale a donc procédé à une série de travaux dont une consultation auprès des CII, CMDP, CM et CSF ainsi qu'une validation auprès du personnel des directions cliniques et des accréditations syndicales, et un consensus s'est fait autour des cinq grandes directions réseaux.

Voici donc un bref aperçu de ces directions réseaux :

### **Direction réseau – Services généraux et santé publique**

Cette première direction réseau comporte deux programmes-services : généraux-activités cliniques et d'aide ainsi que santé publique.

Les services généraux répondent à un besoin de maintien et d'amélioration de la santé et du bien-être ou encore à des problèmes généralement ponctuels qui peuvent aussi être de nature aiguë et réversible. Ces services à caractère universel s'adressent à tous, y compris les clientèles particulières et incluent des activités de santé publique qui sont liées à des interventions de promotion et de prévention de la santé et du bien-être, de surveillance continue de l'état de santé de la population et de la protection de la santé

### **Direction réseau – Santé physique**

Le programme Santé physique s'adresse à toute personne qui est aux prises avec une maladie, un symptôme ou un traumatisme et qui doit recevoir des soins et des traitements spécialisés ou surspécialisés. Le programme Santé physique comprend : les urgences, les épisodes de soins aigus et les visites ambulatoires qui sont spécialisées et surspécialisées, les visites spécialisées à domicile ainsi que les soins palliatifs. Il s'adresse également à toute personne aux prises avec une maladie qui exige un suivi systématique et des services en continu.

### **Direction réseau – Enfance-Jeunesse-Famille**

Cette direction réseau regroupe, sur le continuum de services, l'ensemble des programmes et activités destinés aux jeunes et à leurs familles. Ces services couvrent les étapes de vie de la conception jusqu'à l'âge adulte et sont offerts dans l'établissement, à domicile ou dans les milieux de vie des jeunes ( ex : Centres de la Petite Enfance, écoles etc.)

Ainsi, en regard des programmes-services définis par le Ministère, les services de cette direction tiennent compte des besoins des jeunes en difficulté présentant des problèmes de développement ou de comportement, des difficultés d'adaptation sociale ou un besoin d'une aide appropriée pour assurer leur sécurité et leur développement. Cette direction s'adresse également aux jeunes atteints de déficience intellectuelle et de troubles envahissants de développement ainsi qu'aux jeunes présentant une déficience physique dans une optique de développement de leur plein potentiel et de soutien à l'intégration sociale.

Cette direction regroupe aussi certains services de santé physique destinés aux jeunes ou aux familles tels la néonatalogie, la pédiatrie, etc. ainsi que les services pouvant répondre aux besoins des jeunes présentant une problématique de santé mentale ou de dépendances.

### **Direction réseau – Santé mentale et dépendances**

Cette direction réseau comporte deux programmes-services : Santé mentale et Dépendances. Les services dispensés dans ces deux programmes visent également à soutenir les familles et les proches des personnes atteintes.

Le programme Santé mentale s'adresse aux adultes de 18 ans et plus dont la capacité mentale est perturbée et vise à leur permettre d'obtenir une réponse adaptée à leurs besoins. Les services sont destinés autant aux personnes qui présentent des troubles mentaux sévères, généralement persistants, associés à la détresse psychologique qu'aux personnes vivant des troubles mentaux transitoires, d'intensité variable.

La dépendance entraîne généralement des comportements inacceptables pour la personne elle-même ou pour autrui. Ce programme vise donc à répondre aux besoins des adultes aux prises avec des problèmes d'abus ou de dépendances et comprend notamment des services de réadaptation et de réinsertion sociale, des services de désintoxication ainsi que des services ayant pour but la réduction des méfaits, tels que les traitements à la méthadone.

### **Direction réseau - Soutien à l'autonomie**

Cette direction réseau s'adresse aux clientèles en perte d'autonomie liée au vieillissement, de même qu'aux clientèles adultes présentant une déficience intellectuelle et des troubles envahissants de développement ou une déficience physique.

Le programme Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) regroupe tous les services dispensés dans un établissement incluant l'hébergement, à domicile ou ailleurs aux personnes en perte d'autonomie et à leur entourage. Ces services visent à compenser la détérioration des conditions de santé, à miser sur le potentiel résiduel et à assurer la sécurité des personnes dans leur résidence.

Le programme Déficience physique regroupe tous les services répondant aux besoins des adultes qui ont une incapacité significative et persistante liée à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices, ainsi qu'à leur entourage. Ces services visent à développer et à maintenir leur autonomie fonctionnelle, à compenser leurs incapacités et à soutenir leur pleine participation sociale.

Dans le cadre du programme Déficience intellectuelle et de troubles envahissants du développement, les services destinés aux adultes visent à assurer le maintien de la personne au sein de sa communauté et se traduisent par des activités d'aide, d'assistance, de stimulation globale et de maintien des acquis. Il comprend également des services d'aide, d'assistance et de soutien aux proches.

## Quelques statistiques intéressantes

### 1<sup>er</sup> avril 2006 au 31 mars 2007

- Employés : 4 590
- Médecins : 427
- Bénévoles : 512

#### Admissions

- Centre hospitalier : 18 234
- Nouveau-nés : 1 786
- Néonatalogie : 917

#### Visites à l'urgence

- Réorientés : 98
- Ambulants : 49 008
- Sur civière : 23 814
- Nombre de visites en santé mentale en ambulatoire : 1 225
- Nombre de visites en santé mentale sur civière : 2 338
- Nombre de visites personnes de 75 ans et plus en ambulatoire : 2 421
- Nombre de visites personnes de 75 ans et plus sur civière : 4 466

#### Visites aux cliniques spécialisées

- 94 464

#### Salles d'opération au bloc opératoire

- 11

#### Accouchements

(Maison de naissance incluse)

- 2 627

#### Hébergement en milieu institutionnel

##### Nombre d'admissions

- |                      |     |
|----------------------|-----|
| • Centre Renaissance | 19  |
| • Foyer du Bonheur   | 118 |
| • La Pietà           | 32  |
| • Maison bon Séjour  | 36  |

**Âge moyen**

- Centre Renaissance 83,7 ans
- Foyer du Bonheur 83,4 ans
- La Pietà 77,9 ans
- Maison bon séjour 81,4 ans

**Heures-soins à l'admission**

- Centre Renaissance 3,16
- Foyer du Bonheur 3,25
- La Pietà 3,82
- Maison bon séjour 3,57

**Nombre de chirurgies d'un jour**

- 12 145

**Chirurgies avec hospitalisation**

- 2 627

**Imagerie médicale -  
Examens et interventions**

- Radiologie générale : 87 467
- Ultrasonographie : 37 450
- Tomodensitométrie : 25 112
- Angiographie : 4 108

**Laboratoire - Procédures**

- 2 877 534

## États financiers

### BILAN DU FONDS D'EXPLOITATION – EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2007

(Source : AS-471, p. 241)

| Actif                                    | 2006-2007              | 2005-2006              |
|------------------------------------------|------------------------|------------------------|
| <b>À court terme</b>                     |                        |                        |
| ▪ Débiteur - RRSSS                       | 3 135 803 \$           | 1 408 973 \$           |
| ▪ Autres débiteurs                       | 3 801 496 \$           | 4 557 975 \$           |
| ▪ Charges payées d'avance                | 1 424 314 \$           | 2 153 436 \$           |
| ▪ Stocks                                 | 5 831 252 \$           | 5 108 068 \$           |
| ▪ Créance inter fonds                    | 423 849 \$             | 490 525 \$             |
| ▪ Autres éléments                        | 3 309 \$               | 27 291 \$              |
| <b>Total de l'actif à court terme</b>    | <b>14 620 023 \$</b>   | <b>13 746 268 \$</b>   |
| Autres éléments d'actifs                 | 3 276 137 \$           | 3 402 611 \$           |
| <b>Total de l'actif</b>                  | <b>17 896 160 \$</b>   | <b>17 148 879 \$</b>   |
| <b>Passif</b>                            |                        |                        |
| <b>À court terme</b>                     |                        |                        |
| ▪ Découvert de banque                    | 1 558 651 \$           | 333 232 \$             |
| ▪ Emprunts de banque                     | 26 041 173 \$          | 31 959 717 \$          |
| ▪ Autres créditeurs                      | 32 113 709 \$          | 16 242 978 \$          |
| ▪ Fonds de santé au travail              | 17 282 \$              | 0                      |
| ▪ Agence                                 | 200 143 \$             | 706 279 \$             |
| ▪ Autres                                 | 803 934 \$             | 0                      |
| ▪ Projets de recherche en cours          | 78 831 \$              | 88 068 \$              |
| ▪ Autres fonds spéciaux                  | 326 562 \$             | 293 354 \$             |
| <b>Total du passif à court terme</b>     | <b>61 140 285 \$</b>   | <b>49 623 628 \$</b>   |
| Autres éléments du passif                | 2 589 159 \$           | 1 559 804 \$           |
| <b>Total du passif</b>                   | <b>63 729 444 \$</b>   | <b>51 183 432 \$</b>   |
| <b>Solde de fonds</b>                    | <b>(45 833 284) \$</b> | <b>(34 034 553) \$</b> |
| <b>Total du passif et solde de fonds</b> | <b>17 896 160 \$</b>   | <b>17 148 879 \$</b>   |

Les états financiers sont disponibles, sur demande, au 116, boulevard Lionel-Émond, Gatineau

# RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION

Au 31 mars 2007

(Source : AS-471, p. 200)

| Activités principales                            | 2006-2007              | 2005-2006             |
|--------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|
| <b>Revenus</b>                                   |                        |                       |
| Agence                                           | 265 231 302 \$         | 233 205 714 \$        |
| Usagers                                          | 16 093 933 \$          | 16 113 250 \$         |
| Ventes de services                               | 2 065 477 \$           | 1 985 172 \$          |
| Recouvrements                                    | 1 692 684 \$           | 2 155 908 \$          |
| Autres                                           | 1 001 001 \$           | 1 718 492 \$          |
| <b>Total</b>                                     | <b>286 084 397 \$</b>  | <b>255 178 536 \$</b> |
| <b>Charges</b>                                   |                        |                       |
| Salaires                                         | 133 850 955 \$         | 128 816 891 \$        |
| Avantages sociaux                                | 38 837 831 \$          | 36 078 436 \$         |
| Charges sociales                                 | 19 644 642 \$          | 18 350 887 \$         |
| Médicaments                                      | 13 342 425 \$          | 12 876 790 \$         |
| Produits sanguins                                | 9 102 281 \$           | 8 587 069 \$          |
| Fournitures médicales et chirurgicales           | 16 206 740 \$          | 15 144 526 \$         |
| Denrées alimentaires                             | 2 518 895 \$           | 2 453 930 \$          |
| Autres                                           | 63 152 024 \$          | 39 491 975 \$         |
| <b>Total</b>                                     | <b>296 655 793 \$</b>  | <b>261 800 504 \$</b> |
| <b>Surplus (déficit) - activités principales</b> | <b>(10 571 396) \$</b> | <b>(6 621 968) \$</b> |

| Activités accessoires                            | 2006-2007           | 2005-2006           |
|--------------------------------------------------|---------------------|---------------------|
| <b>Revenus</b>                                   |                     |                     |
| Financement public et parapublic                 | 959 480 \$          | 628 411 \$          |
| Revenus commerciaux                              | 697 972 \$          | 302 505 \$          |
| Revenus d'autres sources                         | 1 529 539 \$        | 1 074 251 \$        |
| <b>Total</b>                                     | <b>3 186 991 \$</b> | <b>2 005 167 \$</b> |
| <b>Charges</b>                                   |                     |                     |
| Salaires                                         | 1 599 126 \$        | 1 248 160 \$        |
| Avantages sociaux                                | 173 478 \$          | 116 412 \$          |
| Charges sociales                                 | 121 979 \$          | 81 774 \$           |
| Autres                                           | 939 725 \$          | 647 717 \$          |
| <b>Total</b>                                     | <b>2 834 308 \$</b> | <b>2 094 063 \$</b> |
| <b>Surplus (déficit) - activités accessoires</b> | <b>352 683 \$</b>   | <b>(88 896) \$</b>  |

|                                                 |                        |                       |
|-------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|
| <b>Surplus (déficit) - fonds d'exploitation</b> | <b>(10 218 713) \$</b> | <b>(6 710 864) \$</b> |
|-------------------------------------------------|------------------------|-----------------------|

Les états financiers sont disponibles, sur demande, au 116, boulevard Lionel-Émond, Gatineau

**NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS**  
**Au 31 mars 2007**  
(Source : AS-471, note 4)  
**OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS (CHVO) - FONDATION**

**Locaux administratifs**

Le CSSS de Gatineau loue à la Fondation du CSSS de Gatineau des locaux administratifs pour un montant de 51 995 \$.

**Services administratifs**

Le CSSS de Gatineau fournit les services de personnel administratif qui sont facturés à la fondation au coût, incluant les avantages sociaux. Ces montants se sont élevés à 304 336 \$ pour l'exercice. Cependant, la production de la paie pour la Fondation est offerte gratuitement.

La valeur des dons fournis par la Fondation du CSSS de Gatineau en espèces pour l'exercice financier 2006-2007 est de 922 322 \$ comparativement à 1 423 678 \$ pour l'exercice 2005-2006.

Ces dons ont servi au financement des éléments suivants :

| Fonds d'immobilisations   | 2006-2007         | 2005-2006           |
|---------------------------|-------------------|---------------------|
| ▪ Bâtiments               | 0                 | 110 440 \$          |
| ▪ Mobilier et équipements | 29 381 \$         | 77 996 \$           |
| ▪ Informatique            | 405 139 \$        | 651 806 \$          |
| ▪ Équipement médical      | 423 462 \$        | 507 093 \$          |
| ▪ Autres équipements      | 64 340 \$         | 76 343 \$           |
| <b>Total</b>              | <b>922 322 \$</b> | <b>1 423 678 \$</b> |

Les états financiers sont disponibles, sur demande, au 116, boulevard Lionel-Émond, Gatineau

## Le conseil d'administration, les conseils et les comités au 31 mars 2007

### Le conseil d'administration

| Noms                        | <u>Représentation</u>                                       |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Bruno Bonneville, président | Population                                                  |
| Guy Bisson, vice-président  | Nomination par l'Agence                                     |
| Denis Dubé                  | Nomination par l'Agence                                     |
| Dr Gilles Brousseau         | Membre du département régional de médecine générale         |
| Antoine Normand             | Fondation                                                   |
| Sonny Carrier               | Population                                                  |
| Liliane Bertrand            | Conseil multidisciplinaire (CM)                             |
| Yvon Larrivé                | Conseil multidisciplinaire (CM)                             |
| Dr Jean Lemonde             | Conseil médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)           |
| René Marcotte               | Personnel non clinique                                      |
| Diane Massé                 | Conseil des infirmières et infirmiers (CII)                 |
| Parvin Makhzani             | Conseil des sages-femmes                                    |
| Karl Lavoie                 | Population                                                  |
| Jean Lazure                 | Population                                                  |
| Lorraine Houle              | Comité des usagers                                          |
| Colette Guay                | Comité des usagers                                          |
| Anne Saumure                | Cooptation                                                  |
| Serge Rainville             | Cooptation                                                  |
| André O. Rodier             | Directeur général et secrétaire du conseil d'administration |

Le conseil d'administration a tenu dix séances ordinaires et deux séances extraordinaires à huis clos. Les séances ont eu lieu en alternance dans les différentes installations du CSSS de Gatineau.

### Les comités du conseil d'administration

#### *Le comité exécutif*

Bruno Bonneville, président  
 Guy Bisson, vice-président  
 René Marcotte  
 Diane Massé  
 Antoine Normand  
 Lorraine Houle  
 André O. Rodier

***Le comité de vérification et de suivis budgétaires***

Serge Rainville, président  
Anne Saumure, vice-présidente  
Jean Lazure

***Suivis budgétaires***

Liliane Bertrand  
Dr Jean Lemonde

***Le comité conjoint Fondation***

André O. Rodier, directeur général  
Sonny Carrier  
Denis Dubé

***De la Fondation***

Suzanne Carrière, directrice générale  
Antoine Normand  
Philippe Marion

***Le comité de révision des plaintes médicales***

Serge Rainville, président  
Dr Louis Vachon  
Dr Réjean Nappert  
Dr Michel Finlay, membre substitut

***Le comité d'évaluation des mesures disciplinaires***

Jean Lazure, président  
Sonny Carrier  
Lorraine Houle  
Karl Lavoie  
Parvin Makhzani

***Le comité de vigilance et de la qualité***

Guy Bisson, président  
Anne Saumure, vice-présidente  
Colette Guay  
André O. Rodier, directeur général  
Grégoire Ruel, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

***Le comité des communications***

Karl Lavoie, président  
Antoine Normand, vice-président  
Liliane Bertrand  
Dr Gilles Brousseau  
Jean Lazure  
André O. Rodier, directeur général

N.B. Le président du conseil d'administration est membre d'office de tous les comités du conseil d'administration.  
Rapport annuel 2006-2007

## **Le comité des usagers**

Lorraine Houle, présidente  
René Leduc, vice président (démission en décembre 2006)  
Gérald Meloche, v.-p. depuis janvier 07 et délégué du comité de résidents du Foyer du Bonheur  
Marie Juneau, trésorière et déléguée du comité de résidents de la Renaissance  
Claire Girard, secrétaire  
Diane Boudreau, conseillère  
Pauline Carrière, conseillère (démission en janvier 2007)  
Denise Cotnoir, conseillère (démission en février 2007)  
Oscar Gasana, conseiller (démission en mars 2007)  
Colette Guay, conseillère  
Josée Lépine, conseillère (depuis mars 2007 pour terminer le mandat de M. Leduc)  
Carole Miville, conseillère et déléguée du comité de résidents de La Pietà

Pour le moment, nous n'avons aucun membre délégué du Comité des résidents de la Maison bon séjour.

## **Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)**

Dre Sonia Brisson, vice-présidente  
Dre Carol McConnery, secrétaire  
Dr Steeve Jolin, trésorier  
Dre Isabelle Gagnon, conseillère  
Dr Rafid Haidar, conseiller  
Dr Jean Lemonde, conseiller  
Dre Geneviève Lanoie, conseillère  
Dr Ali Ghavami, conseiller  
Dr Gilles Aubé, conseiller  
Dr André April, conseiller  
Dre Christine Bourbonnière, conseillère  
Dre Michèle Hébert, conseillère  
Dre Chantale Sirois, conseillère  
Dr Michel Brazeau, directeur des services professionnels et des affaires médicales  
M. André O. Rodier, directeur général

## **Le comité d'éthique clinique**

### ***Le comité d'éthique de la recherche***

Dre Chantal Beauvais, présidente  
M<sup>e</sup> Linda DuPont, vice-présidente  
Michel Chevalier, secrétaire  
D<sup>r</sup> Jody Bothwell  
Yves Dalcourt  
Diane Goulet-Contois  
Louise Lapierre  
D<sup>r</sup> Éric St-amour  
Hubert Sauvé  
D<sup>r</sup> George Shenouda  
D<sup>r</sup> Robert Archambault  
M<sup>e</sup> Jacque Maziade  
D<sup>r</sup> Noël Simard

### ***Le comité d'éthique clinique***

Jean-Marc Desmeules, président  
D<sup>r</sup> Jean-Marc Sauvé, vice-président  
Lucie Dufour, secrétaire  
Nathalie Germain  
Nancy Héroux  
Anne Lessard  
M<sup>e</sup> Jacques Maziade  
Michelle Piché  
D<sup>r</sup> André Rochon  
Nadine Séguin  
Noël Simard  
Nadine Séguin, membre substitut, expert juridique  
Chantal Beauvais, personne versée en éthique

## **Le conseil des infirmières et infirmiers (CII)**

François-Régis Fréchette, président  
Martine Dallaire, vice-présidente  
Johanne Gélinas, secrétaire  
Diane Boucher, officier  
Diane Michaud, officier  
Lyne Plante, présidente du CIIA  
Ann Watters, directrice intérimaire de la qualité, des pratiques professionnelles et des soins infirmiers  
André O. Rodier, directeur général

## **Le conseil multidisciplinaire (CM)**

Madeleine Chabot, présidente

Hanane Hajjar

Marie-Pier Dassylva Quirion

Catherine Genest

Brigitte Leboeuf

Kim Morin

Winny Van des Aart

Isabelle Barbeau, secrétaire

Hélène Gauthier

Ann Watters, directrice intérimaire de la qualité, des pratiques professionnelles et des soins infirmiers

André O. Rodier, directeur général

Invitées : Diane Boulanger et Francine Gratton de la Direction de la qualité, des pratiques professionnelles et des soins infirmiers

## **Le conseil des sages-femmes**

Tobi-Lynn Bayarova, présidente

Johanne Savoie, vice-présidente

Parvin Makhzani, responsable sage-femme

## **La Fondation**

La Fondation du CSSS de Gatineau s'est mise en mode développement au cours de la dernière année. Cette croissance des activités de la Fondation s'est traduite par la mise en place de nouvelles activités. À cet égard, il faut souligner l'immense succès qu'a connu le « Défi Kilimandjaro 2006 » alors que 33 personnes ont recueilli plus de 205 500 \$ pour le bénéfice de la Fondation.

Grâce aux efforts des bénévoles, des participants aux différentes activités et aux donateurs, la Fondation a pu remettre 1 480 808 \$ en dons au CSSS de Gatineau. Parmi les plus importants, soulignons l'acquisition d'une console CUSA de neurochirurgie pour le bloc opératoire de l'hôpital de Hull, un mammographe pour l'hôpital de Gatineau et un nouvel autobus de transport adapté pour les résidences La Pietà et le Foyer du Bonheur.

Voici quelques activités bénéfiques de la Fondation:

- Loto Santé 2007 (plus de 5 700 billets vendus)
- Tournoi de golf Charlebois Trépanier
- Gala Bifteck et Homards (organisé par le Club Richelieu de Hull)

- Barrage routier
- Défi Ski Santé
- Vente aux enchères de vins de prestige

### **Prix fierté**

le Prix Fierté 2006 a été remis au programme régional de cancérologie pour l'implantation du réseau d'infirmières pivots en oncologie.

### **Création du Prix Claude Poirier Defoy**

Lors de l'assemblée générale annuelle en juin 2006, la Fondation a voulu rendre hommage à M. Claude Poirier Defoy, président sortant du conseil d'administration. En reconnaissance à son engagement au fil des ans, le « Prix Claude Poirier Defoy » a été créé et sera remis annuellement à un bénévole s'étant démarqué par son implication au sein de la Fondation du CSSS de Gatineau.

### **Conseil d'administration**

#### **Les membres au 31 mars 2007 :**

M. Antoine Normand, président  
 M<sup>e</sup> Roger Paradis, vice-président activités philanthropiques  
 M. Philippe Marion, vice-président activités commerciales et financières  
 M<sup>e</sup> Charles Saucier, vice-président ressources humaines  
 M. Michel Mayrand, directeur à l'exécutif  
 M. René Lapointe, directeur à l'exécutif  
 Mme Suzanne Carrière, secrétaire-trésorière et directrice générale  
 Dr Henriette Fortin  
 M. Steve Heafey  
 M. Robert Lalonde  
 Dr. Martin Lepage  
 Mme Diane Massé  
 M. André O. Rodier  
 M. Michel Saumure  
 M. Jacques G. Sauvé

### **Les Associations des bénévoles**

Depuis la création du CSSS de Gatineau, les Associations des bénévoles des différentes installations ont poursuivi leurs activités respectives tout au long de l'année. Les personnes suivantes sont membres de ces associations.

### **Membres du conseil d'administration 2006-2007– CHSLD de Hull**

René St-Jean, président  
 Benoît Tétreault, 1<sup>re</sup> vice-présidente  
 Jean-Claude Leblanc, 2<sup>e</sup> vice-président  
 Liliane Auger, trésorière  
 Monique Slobodian, secrétaire

Gertrude Moncion, administratrice  
Monique Richard-Bastien, administratrice  
Nora Sigouin, administratrice  
Colette Guay, administratrice

#### **Membres du conseil d'administration 2006-2007 - CHVO**

Claudette Binet, présidente  
Ghislaine Charrette, vice-présidente  
Guy, Émond, secrétaire  
Charles Lirette, trésorier  
Monique Jobin, administratrice  
Gérard Bergeron, administrateur  
Andrée Laprise, administratrice  
Pierrette Leblanc, administratrice  
Michel Turpin, administrateur

### **La gestion des risques**

Au cours de l'année, le comité de gestion des risques a tenu 6 rencontres et a suivi plusieurs dossiers de situations à risques pour lesquelles il a formulé des recommandations telles que :

- S'assurer que les hôpitaux appliquent les mesures ministérielles reliées aux opiacés à savoir établir des protocoles sur l'utilisation optionnels des opiacés et retirer les hydromorphones à haute concentration des unités. Un groupe de travail composé de médecins, pharmaciens et personnel infirmier a été mis en place à cet effet.
- Pour le matériel à usage unique : un nouveau comité sera responsable d'assurer le respect des normes des fabricants.
- Tous les membres du comité de gestion des risques ont reçu une journée de formation organisée par la Direction de la qualité du MSSS afin de mieux comprendre et assumer leur rôle. Les participants ont pu ainsi se familiariser avec la nouvelle interprétation du terme «accident» en gestion des risques.
- La politique de déclaration a été modifiée pour s'ajuster à cette nouvelle interprétation.
- De nouvelles exigences du Conseil canadien d'agrément reliées à la sécurité des usagers viennent enrichir les activités en gestion des risques. Ce sont 21 «pratiques organisationnelles requises» reliées à la culture organisationnelle, aux communications, à l'utilisation des médicaments, au milieu de travail ainsi qu'à la prévention des infections. Les directions et les équipes cliniques travaillent à la conformité de ces pratiques en vue d'augmenter la sécurité des usagers.
- Au cours de l'année, un règlement et une politique sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle ont été adoptés. Un comité de travail poursuit son travail en vue de finaliser les protocoles et mettre à jour une formation pour tous les employés visés.

- La gestion des avis/alertes s'est déployée dans tous les sites du CSSS de Gatineau et des porteurs de dossiers ont été nommés par mission. Le comité Avis/Alertes s'est rencontré à cinq reprises pour assurer un suivi rigoureux de 33 avis/alertes dont 18 touchaient des équipements et 15 des produits.
- Douze événements (événement sentinelle, accident inhabituel) ont fait l'objet d'une enquête au cours de cette année. Enfin, plus de 4 000 accidents/incidents ont été déclarés. Le registre 2006-2007 maintient l'orientation par mission pour le classement des accidents/incidents. Pour la prochaine année financière, le classement sera fait en tenant compte des nouvelles directions.

## Registre des accidents/incidents 2006-2007

| ÉTABLISSEMENT      | CHUTE        |              | ERREUR MÉDICAMENT |              | SERVICE CLINIQUE |           | ÉQUIPEMENT AGRESSION |           | DIVERS     |            | TOTAL        |              |
|--------------------|--------------|--------------|-------------------|--------------|------------------|-----------|----------------------|-----------|------------|------------|--------------|--------------|
|                    | 2005-2006    | 2006-2007    | 2005-2006         | 2006-2007    | 2005-2006        | 2006-2007 | 2005-2006            | 2006-2007 | 2005-2006  | 2006-2007  | 2005-2006    | 2006-2007    |
| <b>CHSLD</b>       |              |              |                   |              |                  |           |                      |           |            |            |              |              |
| Renaissance        | 133          | 145          | 48                | 58           | 0                | 1         | 1                    | 0         | 40         | 99         | 222          | 303          |
| Bon séjour         | 153          | 143          | 87                | 68           | 0                | 3         | 2                    | 9         | 93         | 129        | 335          | 352          |
| La Pietà           | 259          | 314          | 217               | 134          | 3                | 1         | 2                    | 5         | 154        | 185        | 635          | 639          |
| Foyer du Bonheur   | 813          | 863          | 142               | 196          | 0                | 2         | 7                    | 9         | 171        | 143        | 1 133        | 1 213        |
| <b>TOTAL</b>       | <b>1 358</b> | <b>1 465</b> | <b>494</b>        | <b>456</b>   | <b>3</b>         | <b>7</b>  | <b>12</b>            | <b>23</b> | <b>458</b> | <b>556</b> | <b>2 325</b> | <b>2 507</b> |
| <b>CH</b>          |              |              |                   |              |                  |           |                      |           |            |            |              |              |
| Hull               | 441          | 493          | 328               | 403          | 31               | 44        | 52                   | 48        | 70         | 75         | 922          | 1 063        |
| Gatineau           | 355          | 388          | 371               | 309          | 20               | 18        | 15                   | 18        | 38         | 106        | 799          | 839          |
| <b>TOTAL</b>       | <b>796</b>   | <b>881</b>   | <b>699</b>        | <b>712</b>   | <b>51</b>        | <b>62</b> | <b>67</b>            | <b>66</b> | <b>108</b> | <b>181</b> | <b>1 721</b> | <b>1 902</b> |
| <b>CLSC</b>        |              |              |                   |              |                  |           |                      |           |            |            |              |              |
| Gatineau           | 2            | 0            | 6                 | 1            | 0                | 0         | 0                    | 0         | 3          | 0          | 11           | 1            |
| Aylmer             | 2            | 3            | 1                 | 4            | 0                | 0         | 0                    | 0         | 1          | 0          | 4            | 7            |
| Hull               | 4            | 10           | 4                 | 2            | 0                | 0         | 0                    | 0         | 2          | 0          | 10           | 12           |
| <b>TOTAL</b>       | <b>8</b>     | <b>13</b>    | <b>11</b>         | <b>7</b>     | <b>0</b>         | <b>0</b>  | <b>0</b>             | <b>0</b>  | <b>6</b>   | <b>0</b>   | <b>25</b>    | <b>20</b>    |
| <b>GRAND TOTAL</b> | <b>2 162</b> | <b>2 359</b> | <b>1 204</b>      | <b>1 175</b> | <b>54</b>        | <b>69</b> | <b>79</b>            | <b>89</b> | <b>572</b> | <b>737</b> | <b>4 071</b> | <b>4 429</b> |

| HÔPITAL         | ADMISSIONS    |               | JRS-PRÉSENCE   |                | ACCIDENTS-INCIDENTS |              |
|-----------------|---------------|---------------|----------------|----------------|---------------------|--------------|
|                 | 2005-2006     | 2006-2007     | 2005-2006      | 2006-2007      | 2005-2006           | 2006-2007    |
| <b>HULL</b>     | 5 519         | 5 690         | 80 861         | 77 894         | 922                 | 1 063        |
|                 | 31%           | 31%           | 51%            | 50.3%          | 54%                 | 56%          |
| <b>GATINEAU</b> | 11 951        | 12 544        | 77 737         | 77 069         | 799                 | 839          |
|                 | 68%           | 69%           | 49%            | 49.7%          | 46%                 | 44%          |
| <b>TOTAL</b>    | <b>17 470</b> | <b>18 234</b> | <b>158 596</b> | <b>154 963</b> | <b>1 721</b>        | <b>1 902</b> |

## Le rapport des plaintes

Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. Le commissaire et la commissaire locale adjointe apprécient le fondement des plaintes à la lumière des faits et le cas échéant, recommandent des mesures pour corriger des situations et en prévenir la répétition.

### Modifications apportées par le projet de loi 83

Au cours de l'exercice 2006-2007, le conseil d'administration a procédé à l'adoption d'une nouvelle procédure d'examen de plaintes, à la désignation d'un nouveau comité de révision des plaintes concernant les médecins, dentistes et pharmaciens ainsi qu'à la création d'un comité de vigilance dont le but est d'assurer, auprès du conseil d'administration, le suivi des recommandations spécialement celles des commissaires et du Protecteur du citoyen.

### Les objets de plaintes

Outre les 756 demandes d'assistance et d'intervention traitées au cours de l'année, le Bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a reçu 379 plaintes dont 52 médicales. Les plaintes touchent l'accessibilité aux services (41%), les relations interpersonnelles (16%), la qualité des soins et des services offerts (15%) ainsi que l'organisation des milieux et les installations matérielles (11%).

| Missions                          | Objets principaux                                   | Descriptifs                                                                                                                          |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Centres hospitaliers (79%)</b> | Délais                                              | Urgence, rendez-vous, accès téléphonique, reports de rendez-vous et de chirurgies.                                                   |
|                                   | Relations interpersonnelles                         | Attitude du personnel, communication avec l'entourage.                                                                               |
|                                   | Soins et services offerts                           | Traitements et interventions, évaluation et jugement professionnel, habiletés techniques et professionnelles.                        |
|                                   | Organisation du milieu et installations matérielles | Hygiène et salubrité, règles et procédures (heures des visites), confort et commodité, disponibilité des équipements et du matériel. |
| <b>CLSC (16%)</b>                 | Accessibilité                                       | Absence de services ou de ressources, délais d'attente, pour services et accès téléphonique, refus de services.                      |
|                                   | Soins et services dispensés                         | Continuité, traitement ou intervention.                                                                                              |
|                                   | Relations interpersonnelles                         | Attitudes, respect de la vie privée.                                                                                                 |
| <b>CHSLD (5%)</b>                 | Aspect financier                                    | Facturation inadéquate, frais de chambre, réclamations diverses.                                                                     |
|                                   | Organisation du milieu et installations matérielles | Sécurité des résidents, disponibilité des équipements, mixité des clientèles, organisation et salubrité.                             |
|                                   | Soins et services offerts                           | Isolation, médication, soins physiques et protocoles cliniques.                                                                      |

### Les dossiers majeurs

Dans le rapport annuel au conseil d'administration, trois dossiers ont fait spécifiquement l'objet de recommandations de la part des commissaires. Il s'agit de l'accès aux services en orthopédie, de la prise de rendez-vous en milieu hospitalier et de l'accès à un médecin de famille.

Centre de santé et de services sociaux  
de Gatineau

**BILAN DE SUIVI DE GESTION  
DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ  
À LA FIN DE LA TREIZIÈME PÉRIODE FINANCIÈRE,  
2006-2007**

**Centre de santé et de services sociaux  
de Gatineau**

**DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES  
CONTENUES DANS LE BILAN DE SUIVI DE GESTION  
DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ  
ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS**

Les informations contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité à la treizième période financière relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le bilan et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du bilan de suivi de gestion à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2006 – 2007 de l'Agence de la santé et des services sociaux :

↳ présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;

↳ présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données et l'information contenues dans le présent bilan de suivi de gestion de l'entente de gestion et d'imputabilité ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait à la fin de la treizième période financière de l'exercice 2006 – 2007.

Signé à Gatineau, juin 2007

André O. Rodier  
Directeur général

## Fiche de reddition de comptes

|       |                                     |
|-------|-------------------------------------|
| Axe : | Personnel du réseau et du Ministère |
|-------|-------------------------------------|

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

| Indicateurs                                                                           | Résultats<br>2005-2006 | Cibles*<br>2006-2007 | Résultats<br>2006-2007 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées | 6,56%                  | 5,33%                | 6,75%                  |

### Commentaires

Les hausses en assurance salaire ont été freinées à partir de la période 8 et depuis, elles se situent à des niveaux inférieurs à l'année 2005-2006 (voir le tableau « Évolution de l'assurance-salaire » en annexe).

Plusieurs mesures sont responsables de l'amélioration de cette performance dont :

- les résultats d'un audit déposé en août 2006 avec des pistes d'amélioration;
- plusieurs mesures administratives prises à la suite de cette étude;
- les recommandations du programme SST du MSSS dans l'organisation du service et leur contribution à la rédaction du plan d'action.

Ce plan d'action sera déposé au comité de direction en avril 2007. Celui-ci comprend différentes mesures réparties sur quatre volets : organisationnel, prévention, gestion médico-administrative, suivi de gestion. Les activités de mise en œuvre s'échelonneront de 2007 à 2010.

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

### Commentaires

Interventions individuelles : dépassement des interventions individuelles en lien avec le besoin des participants. Interventions de groupe : résultat inférieur à la cible (27). Le résultat global est donc inférieur aux attentes de 17 personnes. Aucune attente.

La réorganisation des programmes-services par directions-réseau ainsi que la pénurie d'effectifs infirmiers ont généré des difficultés à renouveler le personnel dont le roulement a été de 2 sur 3.

Notons également que le pourcentage de fumeurs dans l'Outaouais a chuté de 39 à 29 %. Nous devons considérer la possibilité que parmi les 29 % restant, il y ait une forte proportion de grands dépendants à la nicotine. Notre taux de fumeurs se rapproche des résultats provinciaux.

Pour l'année 2007-2008, les infirmières à vocation santé publique seront regroupées et partageront les activités du service. L'accessibilité et la continuité aux services de santé publique seront ainsi accrues. Nous visons un démarchage plus actif et l'organisation d'activités thématiques.

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

## Fiche de reddition de comptes

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

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

| Indicateurs                                                                               | Résultats<br>2005-2006 | Cibles*<br>2006-2007 | Résultats<br>2006-2007 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| 1.1.3 Taux de participation au programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) | 44,2%                  | 45,0%                | 41,8%                  |
| 1.1.5 Taux de référence pour investigation                                                |                        |                      |                        |
| - initial                                                                                 | 10,7%                  | 10,7%                |                        |
| - subséquent                                                                              | 4,9%                   | 5,7%                 |                        |

### Commentaires

À la suite du bris du mammographe (Hôpital de Gatineau) en 2006, les délais pour une mammographie se sont allongés.

Les services d'un conseiller cadre ont été retenus pour analyser et identifier des pistes de solutions. Des recommandations pour garantir l'accessibilité à la clientèle au programme de dépistage du cancer du sein ont été suggérées.

Ainsi, au 31 mars 2007 :

- Le retard d'envoi des lettres de rappel est résorbé.
- Le délai maximum pour un examen diagnostique est de l'ordre de 2 mois et demi. La réorganisation des services vise à réduire ce délai à moins d'un mois.
- L'unité mobile en mammographie du MSSS, « CLARA », viendra à Gatineau en septembre 2007 et devrait faire environ 1024 examens.

|                                                                   |                    |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Nom : Jacques Lareau, directeur réseau Santé physique par intérim | Date : 26 mai 2007 |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------|

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

## Fiche de reddition de comptes

|                                         |                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Axe :</b>                            | <b>Protection – infections transmissibles sexuellement et par le sang</b>                                                               |
| <b>Objectifs de résultats 2005-2010</b> | Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du VHC et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). |

| Indicateurs                                                                                                                                                        | Résultats<br>2005-2006 | Cibles*<br>2006-2007 | Résultats<br>2006-2007 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| 1.1.7 Nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang réalisées auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SÍDEP | 257 <sup>1</sup>       | 124                  | 137                    |
| 1.1.9 Nombre d'interventions de vaccinations réalisées auprès des clientèles vulnérables hors les murs du SÍDEP                                                    | 54 <sup>1</sup>        | 54                   | 101                    |

1 – Indicateurs 2005-2006 représentaient des volumes de tests de dépistage et de vaccination

### Commentaires

Cible rencontrée malgré une interruption de services de 8 semaines. Attente de 85 personnes au 31 mars 2007.

La démission de la personne en affectation sur le poste dépourvu de son titulaire, a engendré une rupture de services pour ce secteur spécifique d'intervention nécessitant un entraînement spécifique et des compétences particulières associées à l'approche de la clientèle visée. Le contexte de la pénurie et une liste de rappel dépourvue ne permettront le remplacement de la titulaire qu'à compter du 23 avril 2007.

La consolidation de l'équipe d'infirmières œuvrant strictement en santé publique permettra un partage des activités cliniques et préviendra ainsi une rupture de services dans l'éventualité d'absence de l'une ou l'autre des infirmières.

Le plan d'action des services relativement aux activités SÍDEP intégrera l'intervention auprès de nouveaux milieux de fréquentation des clientèles (centres d'éducation aux adultes, cégeps, bars).

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

## Fiche de reddition de comptes

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

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

### Commentaires

Grâce au système SIIATH, la cible est atteinte à 100 %.

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

## Fiche de reddition de comptes

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

| Indicateurs                                                                                                                  | Résultats<br>2005-2006 | Cibles*<br>2006-2007 | Résultats<br>2006-2007 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| 1.2.2 Nombre d'utilisateurs desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)                                  | 759                    | 943                  | 1421                   |
| 1.2.3 Nombre moyen d'interventions par utilisateur réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC) | 4,66                   | 6,0                  | 3,22                   |

### Commentaires

La cible visée a été dépassée quant aux utilisateurs desservis. Une combinaison d'efforts a permis d'accroître ce résultat mesuré : tournée des archivistes pour information et clarification sur la saisie de données opérationnelles, rappel régulier de rédaction et précision des notes d'interventions. Nous avons également fait le choix d'offrir des interventions de courte durée afin de limiter les listes d'attente. Malgré l'objectif de réduire notre liste d'attente, cette dernière s'établissait à 69 au 31 mars 2007.

Le nombre moyen d'interventions par utilisateur n'a pas atteint la cible de 6 interventions par utilisateur. Notre choix est de prioriser l'offre de services de très courte durée (2-3 rencontres) pour les situations qui le permettent. Une formation en ce sens est offerte aux intervenants. Nous songeons aussi à offrir de courtes interventions individuelles suivies de groupe d'interventions pour des problématiques pour lesquelles des interventions de groupes sont jugées efficaces.

L'objectif de suivi à court et très court terme sera poursuivi au cours de la prochaine année.

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

## Fiche de reddition de comptes

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

| Indicateurs                                                                                                                      | Résultats<br>2005-2006 | Cibles*<br>2006-2007 | Résultats<br>2006-2007 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| 1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC) | 2620                   | 3528                 | 2702                   |
| 1.3.2 Nombre moyen d'intervention en soutien à domicile reçu par les personnes en perte d'autonomie                              | 24,03                  | 23,0                 | 25.2                   |

### Commentaires

Les résultats de 2006-2007 se traduisent par une augmentation du nombre de personnes rejointes (82 personnes) et une augmentation de l'intensité d'intervention. Cette intensité ne reflète pas l'ensemble des interventions réalisées par les intervenants en soutien à domicile déployés en centre hospitalier (unités et urgences) et en RI et RTF.

Au 31 mars, le nombre de personnes en attente est de 183.

Un travail au niveau de la performance en soutien à domicile doit être fait. Ceci n'a pu être fait compte tenu du départ de la directrice adjointe au soutien à domicile et de son non-remplacement (remplacement prévu au cours de l'été 2007).

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

# Fiche de reddition de comptes

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

| Indicateurs                                                                                                  | Résultats<br>2005-2006 | Cibles*<br>2006-2007 | Résultats<br>2006-2007 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| 1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD | 3,07                   | 3,07                 | 3,04                   |
| 1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD          | 0,18                   | 0,20                 | 0,13                   |

## Commentaires

En CHSLD, compte tenu de la pénurie, il n'a pas été possible de remplacer les absences en soins infirmiers et d'assistance ni en services professionnels, ce qui explique la baisse au niveau des heures travaillées.

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

## Fiche de reddition de comptes

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

| Indicateurs                                                                                                                     | Résultats<br>2005-2006 | Cibles*<br>2006-2007 | Résultats<br>2006-2007 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| 1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC) | 655                    | 1405                 | 720                    |
| 1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)                | 42,90                  | 20,1                 | 39,74                  |

### Commentaires

La cible nous apparaît élevée compte tenu du nombre de personnes en attente au 31 mars qui est de 28.

Les rencontres avec la RessourSe doivent se poursuivre afin d'identifier des clientèles potentielles non desservies en soutien à domicile.

Le nombre moyen d'interventions par personne s'explique par le fait que la clientèle en soutien à domicile présente un niveau élevé de besoins. Il est à noter qu'il n'y a pas de RI en déficience physique.

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

## Fiche de reddition de comptes

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

| Indicateurs                                                                                                                                                     | Résultats<br>2005-2006 | Cibles*<br>2006-2007 | Résultats<br>2006-2007 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| 1.4.3 Nombre d'utilisateurs ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe | 116                    | 180                  | 121                    |

### Commentaires

Rehaussement de 2,3 % du taux horaire des travailleurs de gré à gré à Gatineau et à Aylmer.

La clientèle en attente de services au 31 mars est de 28 personnes.

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

## Fiche de reddition de comptes

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

| Indicateurs                                                                                                                           | Résultats<br>2005-2006 | Cibles*<br>2006-2007 | Résultats<br>2006-2007 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| 1.5.1 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC) | 259                    | 258                  | 247                    |
| 1.5.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI)                      | 9,2                    | 9,4                  | 7,6                    |

### Commentaires

Un processus de transfert de 40 usagers du Pavillon du Parc est en cours.

La clientèle en attente de services au 31 mars est de 26 personnes.

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

## Fiche de reddition de comptes

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

| Indicateurs                                                                                                                                                           | Résultats<br>2005-2006 | Cibles*<br>2006-2007 | Résultats<br>2006-2007 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| 1.5.3 Nombre d'utilisateurs ayant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe | 203                    | 242                  | 192                    |

### Commentaires

Rehaussement de 2,3 % du taux horaire des travailleurs de gré à gré à Gatineau et à Aylmer.

La clientèle en attente de services au 31 mars est de 38 personnes.

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

# Fiche de reddition de comptes

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

| Indicateurs                                                                                                                                     | Résultats<br>2005-2006 | Cibles*<br>2006-2007 | Résultats<br>2006-2007 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| 1.5.4 Nombre de personnes ayant un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC) | 81                     | 65                   | 98                     |
| 1.5.5 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (TED)                               | 6,2                    | 8,2                  | 5,7                    |

## Commentaires

La cible est selon nous sous-évaluée.

Notre réponse apparaît ajustée aux besoins.

Au 31 mars, 26 personnes sont en attente de services.

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

## Fiche de reddition de comptes

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

| Indicateurs                                                                                                                                                                     | Résultats<br>2005-2006 | Cibles*<br>2006-2007 | Résultats<br>2006-2007 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| 1.5.6 Nombre d'utilisateurs ayant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe | 57                     | 61                   | 65                     |

### Commentaires

Rehaussement de 2,3 % du taux horaire des travailleurs de gré à gré à Gatineau et à Aylmer.

La clientèle en attente de services au 31 mars est de 22 personnes.

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

## Fiche de reddition de comptes

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

| Indicateurs                                                                                  | Résultats<br>2005-2006 | Cibles*<br>2006-2007 | Résultats<br>2006-2007 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| 1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)              | 2579                   | 2903                 | 2859                   |
| 1.6.2 Nombre moyen d'intervention par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC) | 5,9                    | 6,2                  | 5,7                    |

### Commentaires

La cible atteinte représente une augmentation de près de 11 % comparativement à l'an dernier, et nous sommes à 98,5 % de l'atteinte de la cible 2006-2007. L'attente de services au 31 mars est de 87 jeunes.

Au niveau de nombre moyen d'intervention, nous atteignons 92 % de la cible. Toutefois, nous sommes sur la bonne voie. Les raisons principales expliquant ce résultat sont :

- manque d'assiduité de la clientèle au rendez-vous amenant un haut taux d'absentéisme;
- nombreux mouvements de personnel;
- certains remplacements n'ont pu être actualisés.

Afin d'améliorer l'atteinte des cibles, les mesures suivantes seront mises en place :

- révision des charges de cas;
- révision du panier de services;
- révision du support professionnel;
- confirmation des rendez-vous;
- stabilisation de la structure organisationnelle;
- arrimage avec la direction des ressources humaines au niveau du recrutement et de la dotation.

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

## Fiche de reddition de comptes

| <b>Axe :</b>                                                                                                                                                          | Services de première ligne – santé mentale                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------|
| <b>Objectifs de résultats 2005-2010</b>                                                                                                                               | Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire. |                      |                                |
| Indicateurs                                                                                                                                                           | Résultats<br>2005-2006                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Cibles*<br>2006-2007 | Résultats<br>2006-2007         |
| 1.8.1 Nombre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 <sup>re</sup> ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)      | 73                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 240                  | 99                             |
| 1.8.2 Nombre d'usagers de 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 <sup>re</sup> ligne en santé mentale dans les CSSS (mission CLSC) | 835 + 103 <sup>1</sup> = 938                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1758                 | 1224 + 231 <sup>2</sup> = 1455 |

1 – 103 usagers suivis par intervenants de l'hôpital de Gatineau dans nos équipes et non comptabilisés dans GESTRED

2 – 231 usagers vus par le consortium au 92, boul. St-Raymond et non comptabilisés dans GESTRED

### Commentaires

#### Volet jeune moins de 18 ans

Une augmentation de l'ordre de 35 % comparativement à l'an passé malgré le fait qu'une seule intervenante (psychologue) est dédiée à cette clientèle à temps complet. Le processus de dotation d'un poste pour une deuxième psychologue a été difficile au niveau du recrutement. L'intervenante qui a obtenu le poste bénéficiant d'un congé parental, le processus de recrutement pour l'affectation fut tout aussi difficile et sans succès. Le retour de la psychologue titulaire du poste est en décembre 2007.

Au 31 mars, 9 jeunes étaient en attente de services.

Mesures visant à améliorer l'atteinte des cibles :

- Poursuivre les communications avec le Centre hospitalier Pierre-Janet concernant la clientèle de première ligne suivie en deuxième ligne;
- Revoir avec la direction des ressources humaines une stratégie visant à relancer le recrutement.

#### Volet adulte 18 ans et plus

En 2006-2007, 1455 adultes souffrant de troubles mentaux ont reçu des services de 1<sup>re</sup> ligne en santé mentale au CSSS de Gatineau. Ce résultat représente une augmentation de plus de 517 personnes comparativement à l'an dernier et correspond à 82,7 % de la cible à atteindre. À la fin de cette période, 191 adultes attendaient depuis plus de 30 jours pour des services de 1<sup>re</sup> ligne.

Cette augmentation significative est principalement due au rehaussement de l'équipe autant du secteur Est et Ouest, incluant l'intégration du consortium avec le Centre hospitalier Pierre-Janet. Ce consortium a permis le transfert de 3.8 ETC intervenants provenant de la Clinique territoriale Hull-Aylmer. Cette entente, d'une durée d'un an, devra être renouvelée à l'automne 2007.

Bien que l'équipe eut été rehaussée, nous n'avons pu bénéficier d'un rendement optimal au cours de cette dernière année. En effet, des postes ont été comblés en cours de route, l'intégration et la mise en place d'une nouvelle structure et organisation de services dans l'Ouest ont mobilisé beaucoup d'énergie de même que le développement d'un cadre d'intervention pour les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité.

L'année 2007-2008 nous permettra de poursuivre l'organisation des services conformément au Plan d'action en Santé mentale 2005-2010 – La force des liens. Concrètement, cela se traduira par des efforts dirigés à l'amélioration de l'accessibilité particulièrement pour les personnes qui présentent un trouble modéré. La hiérarchisation des services constitue résolument, à notre avis, la voie à privilégier. Nous devons, entre autres, évaluer la possibilité de diriger des personnes nécessitant des interventions de maintien vers les ressources du milieu et ce, dans une perspective d'appropriation du pouvoir et ensuite, créer les ponts nécessaires aux transferts en deuxième ligne de personnes réfractaires aux traitements.

Les travaux d'organisation et de réorganisation des services devront aussi inclure des actions visant la santé et le bien-être de l'équipe qui ont été mis à l'épreuve au cours des nombreux changements des dernières années. En fait, en plus de revoir le soutien et l'encadrement offerts à l'équipe, nous miserons sur l'expertise présente au sein de celle-ci afin de se donner un rendement optimal.

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

# Fiche de reddition de comptes

Axe : Services de deuxième ligne – santé mentale

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

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

## Commentaires

Cette fiche appartient aux services de 2<sup>e</sup> ligne.

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

## Fiche de reddition de comptes

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Axe :</b>                            | <b>Services de crise et d'intégration dans la communauté – santé mentale</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Objectifs de résultats 2005-2010</b> | <p>Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants)</li> <li>- En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants)</li> </ul> |

| Indicateurs                                                                                                                                                                 | Résultats<br>2005-2006 | Cibles*<br>2006-2007 | Résultats<br>2006-2007 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| 1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services | 11,2                   | 168                  | 29,5                   |

### Commentaires

Les résultats, disons-le, plutôt décevants de la cible 1.8.5 ne reflètent pas le travail effectué par les équipes de soutien à intensité variable des secteurs Est et Ouest. En effet, beaucoup plus de personnes ont été rencontrées par ces équipes au cours de l'année. Au cours de la dernière période seulement, le décompte de personnes suivies faisait état de plus de 170 usagers. Précisons que cette cible a demandé des clarifications auprès de l'Agence en cours d'année 2006-2007.

Pour comprendre l'écart, il importe de regarder à plus d'un endroit. Il y a d'abord la mise en place de l'équipe du secteur Ouest qui s'est complétée en cours d'année. Cette équipe n'existait pas dans ce secteur. De plus, il y a le profil des personnes rencontrées qui ne correspond pas toujours à celui souhaité d'une équipe de soutien d'intensité variable. En ce sens, il y a un départage des rôles à effectuer avec les différents acteurs impliqués auprès des personnes ciblées et de façon particulière avec le Centre hospitalier Pierre-Janet afin d'assurer un meilleur continuum de services. Une révision des charges de cas s'avère nécessaire pour diriger les personnes nécessitant des services de 1<sup>re</sup> ligne vers nos équipes et celles nécessitant davantage d'intensité vers la seconde ligne. La façon de dispenser les services est aussi à revisiter afin de s'assurer que les services soient offerts dans la communauté. Pour l'instant, l'accessibilité aux services ne semble pas problématique ayant en moyenne moins de 10 personnes en attente de services pour plus de 30 jours. Cette situation pourrait cependant changer au cours de la prochaine année.

Nous devons orienter les interventions de nos équipes sur le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 ce qui signifie de délimiter clairement notre offre de services et intégrer pleinement les notions du pouvoir d'agir et du rétablissement.

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

## Fiche de reddition de comptes

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Axe :                            | Services d'urgence – santé mentale                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Objectifs de résultats 2005-2010 | Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale <ul style="list-style-type: none"> <li>- Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins ;</li> <li>- 0 % de patient séjournant 48 et plus sur civière à l'urgence</li> </ul> |

| Indicateurs                                                                                                | Résultats<br>2005-2006      | Cibles*<br>2006-2007        | Résultats<br>2006-2007        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| 1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale                             | Gat : 38,5<br>Hull : 31,4   | Gat : 26,0<br>Hull : 26,0   | Gat : 31,3<br>Hull : 23,1     |
| 1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale | Gat : 26,2%<br>Hull : 20,6% | Gat : 15,5%<br>Hull : 15,5% | Gat : 17,5 %<br>Hull : 10,3 % |

### Commentaires

Des efforts ont surtout été faits à Gatineau pour tenter d'améliorer la situation.

La prise en charge médicale demeure un problème pour la clientèle de santé mentale et ce, dans les deux hôpitaux.

Un comité formé de psychiatres, de médecins généralistes et de représentants de l'administration a été mis en place pour trouver une solution à cette problématique.

Des propositions seront mises de l'avant dans les prochains mois.

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

## Fiche de reddition de comptes

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Axe :</b>                            | <b>Services d'urgence – santé physique</b>                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Objectifs de résultats 2005-2010</b> | Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins ;</li> <li>- 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.</li> </ul> |

| Indicateurs                                                                                  | Résultats<br>2005-2006      | Cibles*<br>2006-2007      | Résultats<br>2006-2007        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|-------------------------------|
| 1.9.1 Séjour moyen sur civière                                                               | Gat : 27,0<br>Hull : 18,1   | Gat : 14,5<br>Hull : 14,5 | Gat : 22,7<br>Hull : 17,6     |
| 1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus                               | Gat : 44,7<br>Hull : 25,5   | Gat : 20<br>Hull : 20     | Gat : 33,0<br>Hull : 24,1     |
| 1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière                                 | Gat : 18,7%<br>Hull : 10,1% | Gat : 5%<br>Hull : 5%     | Gat : 12,0 %<br>Hull : 7,7 %  |
| 1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus | Gat : 40,4%<br>Hull : 17,4% | Gat : 10%<br>Hull : 10%   | Gat : 24,3 %<br>Hull : 12,8 % |

### Commentaires

Voici quelques mesures qui ont débutées au cours de l'année pour permettre de diminuer les durées moyennes de séjour.

- L'augmentation des quotas d'admission de deux (patients) par groupe de médecins (admetteurs) a permis de diminuer la présence de patients orphelins à l'urgence.
- Création d'une équipe de suivi des séjours quotidiens en partenariat avec les CLSC.
- Implantation de l'approche gériatrique et mise en place d'un programme d'intervention gériatrique dans les urgences afin de favoriser la prise en charge de la clientèle gériatrique.
- Ouverture de lits d'admission (à Gatineau) et d'une unité de débordement (à Hull) permettant d'admettre des patients plus rapidement et de permettre la prise en charge rapide par les intervenants.
- Un intervenant social à l'urgence qui permet :
  - De repérer les personnes âgées en perte d'autonomie;
  - D'assurer la collecte de données sur leur situation antérieure;
  - D'assurer la liaison avec les intervenants du soutien à domicile;
  - De faire intervenir dès l'urgence les intervenant clés (réadaptation, MPOC, ECGT, etc.);
  - De soutenir les urgentologues pour la prise en charge des suivis;
  - D'assurer la mise en place des recommandations, de faire les liens pour les suivis (CLSC, résidences privées, unités de soins, etc.).

D'autres mesures seront débutées à compter d'avril 2007 et permettront de diminuer les durées moyennes de séjour et d'obtenir les résultats escomptés.

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

## Fiche de reddition de comptes

|       |                  |
|-------|------------------|
| Axe : | Soins palliatifs |
|-------|------------------|

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

| Indicateurs                                                                  | Résultats<br>2005-2006 | Cibles*<br>2006-2007 | Résultats<br>2006-2007 |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| 1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile              | 482                    | 619 <sup>1</sup>     | 459                    |
| 1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile | 16,4                   | 16,0 <sup>1</sup>    | 16,0                   |

1 – Les nombres inscrits dans l'Entente de gestion 2006-2007 représentaient la cible régionale (972 et 15,23 int./us.). Les cibles pour le CSSSG sont 619 usagers et 16,0 int./usager.

### Commentaires

Aucune clientèle nécessitant des soins palliatifs n'est en attente.

Cette clientèle reçoit une intensité de services correspondant aux attentes ministérielles.

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

## Fiche de reddition de comptes

|                                  |                                                                                                                         |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Axe :                            | Lutte contre le cancer                                                                                                  |
| Objectifs de résultats 2005-2010 | Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de 4 semaines. |

| Indicateurs                                                                                                                  | Résultats<br>2005-2006 | Cibles*<br>2006-2007 | Résultats<br>2006-2007                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|-------------------------------------------|
| 1.9.7 Nombre de patients en attente de plus de 4 semaines entre la consultation du radio-oncologue et le début du traitement | 4                      | 90%                  | 94,4% Agence<br>97,5 % CSSSG <sup>1</sup> |

1 – Selon notre méthode de calcul (nombre d'inscrits – nombre d'usagers en attente de plus de 4 semaines)/ nombre d'inscrits.

### Commentaires

Du 1<sup>er</sup> avril au 21 juillet 2006, notre pourcentage de patients traités à l'intérieur du délai de 4 semaines s'est détérioré à la suite de plusieurs départs de technologues et quelques congés de maternité. Durant cette période, le pourcentage variait entre 75 et 85 %.

Dès l'arrivée des nouveaux technologues, nous avons réglé le problème et retrouvé la cible, la dépassant même assez souvent. De ce fait, depuis le 24 juillet 2006, nous avons maintenu le pourcentage à l'intérieur de 4 semaines (soit 100%).

Le manque de temps opératoire pour la curiethérapie explique, pour ces patients, un dépassement de l'attente fixée à 4 semaines.

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

## Fiche de reddition de comptes

|       |                       |
|-------|-----------------------|
| Axe : | Cardiologie tertiaire |
|-------|-----------------------|

|                                  |                                                                                                   |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objectifs de résultats 2005-2010 | Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en hémodynamie. |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|

| Indicateurs                                                                             | Résultats<br>2005-2006 | Cibles*<br>2006-2007 | Résultats<br>2006-2007 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| 1.9.8 Pourcentage de demandes réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie |                        |                      |                        |
| Catégorie A :                                                                           | 99,6%                  | 100%                 | 99,9 %                 |
| Catégorie B :                                                                           | 99,0%                  | 90%                  | 99,7 %                 |

### Commentaires

L'atteinte des indicateurs de performance pour le laboratoire d'hémodynamie pour l'année 2006-2007 est principalement due à une gestion rigoureuse des demandes d'examen.

Pour les usagers de priorité 1 à 4, la procédure s'est effectuée dans le délai prescrit chez 99,9 % des cas alors que les usagers de priorité 5 la cible de 75 % a été largement dépassée avec une atteinte de près de 100 %.

Des 1683 procédures réalisées, 53 % des usagers ont subi une angioplastie dans la foulée, 31 % ont reçu un traitement médical seulement, 10 % ont fait l'objet d'une recommandation de chirurgie cardiaque, 5 % des usagers avait un examen normal (ne démontrant pas de sténose significative).

Depuis l'année 2002, nous pratiquons de façon courante des angioplasties pour une clientèle présélectionnée. Ainsi, 180 usagers électifs de priorité 5 ont subi une procédure d'angioplastie. Ceci nous a permis de maximiser les plages horaires, de réduire le recours aux admissions à l'unité de soins et d'atteindre la cible de 100 %.

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

## Fiche de reddition de comptes

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Axe :</b>                            | <b>Chirurgie</b>                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Objectifs de résultats 2005-2010</b> | Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation. |

| Indicateurs                                                                                | Résultats<br>2005-2006 | Cibles* 3<br>2006-2007 | Résultats<br>2006-2007 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 1.9.11 Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées                                      | 127 <sup>2</sup>       | 126                    | 119 <sup>1</sup>       |
| 1.9.12 Nombre d'arthroplasties du genou réalisées                                          | 200 <sup>2</sup>       | 213                    | 184 <sup>1</sup>       |
| 1.9.13 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées                                      | 1897 <sup>2</sup>      | 1816                   | 2 417 <sup>1</sup>     |
| 1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)                      | 6280 <sup>2</sup>      | 7968                   | 6 746 <sup>1</sup>     |
| 1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)           | 4277 <sup>2</sup>      | 5013                   | 4 814 <sup>1</sup>     |
| 1.9.16 Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie de la hanche | 37                     | 18                     | 13                     |
| 1.9.17 Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie du genou     | 95                     | 48                     | 30                     |
| 1.9.18 Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une chirurgie de la cataracte  | 196                    | 98                     | 311                    |

1 – Résultats selon GESTRED.

2 – Résultats selon la validation Med Écho pour 2005-2006.

3 – Chirurgies additionnelles à réaliser selon l'addenda à l'entente signée en novembre 2006 : 4 PTH, 5 PTG, 400 cataractes et 400 chirurgies d'un jour.

### Commentaires

La non-atteinte de la cible pour les indicateurs 1.9.11 et 1.9.12 s'explique par le départ d'orthopédistes. Malgré ce fait, nous avons réussi à réduire en deçà de la cible le nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour les arthroplasties de la hanche et du genou.

Au niveau des chirurgies de la cataracte, le volume de production a dépassé la cible. Toutefois, nous n'avons pu atteindre la cible fixée quant au nombre de patients en attente de plus de 6 mois.

Pour les indicateurs 1.9.14 et 1.9.15, nous pouvons expliquer en partie la réduction par la prise de congé de chirurgiens (paternité, maternité, études), par les annulations dus aux urgences opératoires et par l'évolution de la condition de l'utilisateur.

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

## Fiche de reddition de comptes

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

| Indicateurs                                                                                                                          | Résultats<br>2005-2006 | Cibles*<br>2006-2007 | Résultats<br>2006-2007         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|--------------------------------|
| 1.10 Proportion de femmes ayant accouchées dans l'année rejointe par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance | 63,8%                  | 69,9%                | 193 femmes suivies pour 65,2 % |

### Commentaires

Selon nos charges de cas, le nombre de femmes ayant accouché avant le 31 mars est de 225 au total, soit 106 femmes de 20 ans et plus et 119 femmes de moins de 20 ans.

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

### Fiche de reddition de comptes

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

| Indicateurs                                                          | Résultats<br>2005-2006 | Cibles*<br>2006-2007 | Résultats<br>2006-2007 |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| 2.1.1 Taux des dépenses en administration et en soutien aux services | 23,41                  | 22,71                |                        |
| 2.2.1 Consommation en giga joules par mètre carré                    | 3,53                   | 3,53                 | 3,85                   |

#### Commentaires

Aucune reddition de comptes pour ces indicateurs.

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

## Fiche de reddition de comptes

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

| Indicateurs               | Résultats<br>2005-2006 | Cibles*<br>2006-2007 | Résultats<br>2006-2007 |
|---------------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| Résultat d'exploitation : | (6 710 864) \$         | (5 000 000) \$       | (9 500 000) \$         |

### Commentaires

Le CSSS de Gatineau a terminé son exercice financier 2005-2006 avec un déficit de 6,7 M\$ et s'était engagé à réduire ce déficit à 5 M\$ en 2006-2007 et à présenter un équilibre budgétaire en 2007-2008.

Après 5 périodes financières de l'exercice 2006-2007, la direction des ressources financières présentait une projection de 8,5 M\$ déficitaire sans tenir compte des accroissements à considérer si des mesures de redressement immédiates n'étaient pas priorisées.

Le déficit était relié à une augmentation des absences-maladie, du temps supplémentaire et à une utilisation accrue des agences privées.

De concert avec l'Agence de santé et de services sociaux de l'Outaouais et le ministère de la Santé et des Services sociaux, un consultant a été embauché afin de redresser la situation.

Plusieurs mesures ont été mises en place dès l'automne 2006 pour diminuer les effets de l'ampleur du déficit. Ces mesures ont permis de les limiter au résultat maintenant anticipé pour 2006-2007.

La problématique reliée à la dotation, au recrutement et à la rétention du personnel, explique aussi le recours excessif au temps supplémentaire et à l'utilisation des agences privées.

La mise en place de ces mesures démontre la capacité de l'établissement à remédier à ces usages excessifs et la capacité de les maintenir de façon constante.

Différentes autres mesures de redressement ont été mises en place afin d'améliorer la performance des différentes unités administratives.

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

## **Le code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration**

Le conseil d'administration du CSSS de Gatineau s'est doté d'un code d'éthique et de déontologie. Le règlement a été adopté par le conseil d'administration à une séance ordinaire le 13 décembre 2004.

### **Article 1 – Objet et champ d'application**

En vertu de la Loi sur le ministère du conseil exécutif, les membres du conseil d'administration doivent établir un code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable. (Réf. a. 3.0.4, 5<sup>e</sup> alinéa)

### **Article 2 – Dispositions générales**

Le code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans l'exercice de leurs fonctions.

### **Article 3 – Devoirs et obligations**

- 3.1 Un membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux;
- 3.2 Un membre du conseil d'administration doit participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement;
- 3.3 Un membre du conseil d'administration doit assister aux séances du conseil;
- 3.4 Un membre du conseil d'administration, présent à une séance du conseil, doit voter lorsque requis;
- 3.5 Un membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction;
- 3.6 Un membre du conseil d'administration doit agir avec soin, intégrité, honneur, dignité, probité et impartialité;
- 3.7 Un membre du conseil d'administration doit faire preuve de rigueur, de prudence et d'indépendance;
- 3.8 Un membre du conseil d'administration doit être loyal et intègre envers les autres membres du conseil d'administration et ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux;
- 3.9 La conduite d'un membre du conseil doit être empreinte d'objectivité et de modération;
- 3.10 Un membre du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions.

### **Article 4 – Devoirs spécifiques**

#### **4.1 Les mesures de prévention**

- 4.1.1 Un membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés;
- 4.1.2 Un membre du conseil d'administration doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires;

- 4.1.3 Un membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de cet établissement;
- 4.1.4 Un membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel;
- 4.1.5 Un membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général;
- 4.1.6 Un membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit s'abstenir de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet de son intérêt est débattue;
- 4.1.7 Un membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil 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 l'établissement;
- 4.1.8 Un membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.
- 4.2 L'identification de situations de conflits d'intérêts**
- 4.2.1 Un membre du conseil d'administration doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante;
- 4.2.2 Un membre du conseil d'administration, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication publique d'une idée ou d'une opinion ou de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause;
- 4.2.3 Un membre du conseil d'administration doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions sauf celles acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration;
- 4.2.4 Un membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration;
- 4.2.5 Un membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre du conseil d'administration:
- est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil peuvent en être défavorablement affectés;
  - n'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel.
- 4.2.6 Un membre du conseil d'administration ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public;

- 4.2.7 Un membre du conseil d'administration ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision;
- 4.2.8 Un membre du conseil d'administration ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

#### **4.3 Régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération de ces personnes**

- 4.3.1 Un membre du conseil d'administration ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté;
- 4.3.2 Un membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions;
- 4.3.3 Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi;
- 4.3.4 Un membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

#### **4.4 Les devoirs et les obligations de l'après-mandat**

- 4.4.1 Un membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil;
- 4.4.2 Un membre du conseil d'administration doit témoigner de respect envers l'établissement et son conseil d'administration.

### **Article 5 - Régime de sanctions**

- 5.1 Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction;
- 5.2 Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration;
- 5.3 Le président ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie;
- 5.4 Un membre du conseil d'administration qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête;
- 5.5 Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration;
- 5.6 Le président ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne;
- 5.7 Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou à celles du code d'éthique et de déontologie. La notification informe

l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés;

- 5.8 Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné;
- 5.9 La sanction peut consister en une réprimande, une suspension, une révocation, une déchéance de charge ou toute autre sanction jugée appropriée, selon la gravité et la nature de la dérogation;
- 5.10 Toute sanction doit être communiquée par écrit au membre du conseil d'administration concerné.

#### **Article 6 - Enquête et immunité**

- 6.1 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête en vertu du présent code ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions;
- 6.2 Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de prêter le serment ou faire l'affirmation solennelle. Cette prestation de discrétion se fait selon la formule contenue à l'annexe du présent code.

#### **Article 7 - La publicité du code**

- 7.1 L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration à toute personne qui en fait la demande;
- 7.2 L'établissement doit publier dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration;
- 7.3 Le rapport annuel de l'établissement doit faire état :
  - a) du nombre et de la nature des signalements reçus;
  - b) du nombre de cas traités et de leur suivi;
  - c) de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
  - d) du nom des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

#### **Article 8 – Responsable de l'application du règlement**

Le président ou vice-président du conseil d'administration est responsable de l'application de ce règlement et de faire rapport annuellement de son application au conseil d'administration.

## Les installations du CSSS de Gatineau

### Siège social du Centre de santé et de services sociaux de Gatineau – Direction générale

777, boul. de la Gappe  
Gatineau (Québec) J8T 8R2  
☎ 819 561-2301

### Centre d'hébergement Foyer du Bonheur

125, boul. Lionel-Emond  
Gatineau (Québec) J8Y 5S8  
☎ 819 770-1880

### Centre d'hébergement La Pietà

273, rue Laurier  
Gatineau (Québec) J8X 3W8  
☎ 819 771-1112  
Centre de jour 819 771-1112 poste 403

### CLSC de Gatineau

777, boul. de la Gappe  
Gatineau (Québec) J8T 8R2  
☎ 819 561-2550  
(# général et Info-Santé)

### Maison de naissance de l'Outaouais

175, rue Jean-René Monette  
Gatineau (Québec) J8P 5B9  
☎ 819 669-2323

### CLSC de Hull

85, rue St-Rédempteur  
Gatineau (Québec) J8X 4E6  
☎ 819 770-6900  
(# général et Info-Santé)

### Maison communautaire Bruyère d'Aylmer

57, rue du Couvent, local 303  
Gatineau (Québec) J9H 3C8  
☎ 819 684-2251

### Hôpital de Gatineau

909, boul. La Vérendrye Ouest  
Gatineau (Québec) J8P 7H2  
☎ 819 561-8100

### Hôpital de Hull

116, boul. Lionel-Emond  
Gatineau (Québec) J8Y 1W7  
☎ 819 595-6000

### Centre d'hébergement Maison bon séjour

134, rue Jean-René Monette  
Gatineau (Québec) J8P 7C3  
☎ 819 561-2001 et 819 663-2886

### Centre d'hébergement Renaissance

445, boul. Wilfrid-Lavigne  
Gatineau (Québec) J9H 6H9  
☎ 819 684-1101

### Centre de services à domicile

80, avenue Gatineau  
Gatineau (Québec) J8T 4J3  
☎ 819 561-2550

### CLSC d'Aylmer

425, rue LeGuerrier  
Gatineau (Québec) J9H 6N8  
☎ 819 684-2251  
(# général et Info-Santé)

### Soutien à domicile et santé au travail

207, boul. Mont-Bleu  
Gatineau (Québec) J8Z 3G3  
☎ 819 770-6908

### CLSC de Hull

92, rue St-Raymond  
Gatineau (Québec) J8Y 1S7  
☎ 819 966-6525

### Unité de médecine familiale

☎ 819 561-8107  
Formation, éthique et recherche  
☎ 819 561-8144  
500, boul. de l'Hôpital  
Gatineau (Québec) J8V 2P5

**Réalisation : (recherche et rédaction)**

Ginette Leblanc, conseillère aux communications

Isabelle Bourret, adjointe administrative à la direction générale

**Statistiques et données financières :**

Direction des ressources financières

**Dépôt légal :**

- Bibliothèque nationale du Canada
- Bibliothèque nationale du Québec
- ISBN 2-9807135-1-1
- ISSN 1701-4298

Site Web du CSSS de Gatineau : [www.csssgatineau.qc.ca](http://www.csssgatineau.qc.ca)