

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

Haut-Saint-Laurent Health
and Social Services Centre



RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2011-2012



Pour une meilleure
qualité de vie

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

Crédits

Le rapport annuel de gestion 2011-2012
est une production du Centre de santé
et de services sociaux du Haut-Saint-Laurent

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

Note:

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

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

TABLE DES MATIÈRES

Mot du président du conseil d'administration et de la directrice générale.	02
Déclaration de fiabilité des données.	03
Présentation de l'établissement et organigramme.	03
Orientations stratégiques, mission et principes directeurs.	05
Un bref portrait du territoire.	06
Faits saillants de l'établissement (programmes et services).	07
Direction des affaires médicales.	07
Direction des programmes de santé physique et services généraux.	07
Direction des soins infirmiers, qualité des services, gestion des risques et agrément.	08
Direction des programmes personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et déficience physique.	10
Direction des programmes de santé publique, famille, enfance, jeunesse, santé mentale et sécurité civile.	11
Direction des ressources humaines et informationnelles.	13
Direction des services financiers et du soutien technique.	13
Principaux objectifs 2012-2013 du CSSS du Haut-Saint-Laurent.	14
Moyens d'information et de consultation de la population.	14
Bilan du commissaire local aux plaintes.	15
Fondations du CSSS du Haut-Saint-Laurent.	15
Conseils et comités du CSSS du Haut-Saint-Laurent.	15
Rapport de la direction.	17
Suivi de l'entente de gestion.	18
Données financières.	23
Annexe 1 Informations sur la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux.	28
Annexe 2 Conseils et comités d'administration du CSSS du Haut-Saint-Laurent.	31
Annexe 3 Code d'éthique du conseil d'administration du CSSS du Haut-Saint-Laurent.	33

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

Le présent rapport annuel de gestion pour l'année 2011-2012 met en lumière les points névralgiques notables du CSSS du Haut-Saint-Laurent pour toute l'année financière précitée, soit du 1er avril 2011 au 31 mars 2012.

Nouveau conseil d'administration

Comme l'ensemble des CSSS du Québec, le processus électoral a été amorcé à l'automne 2011 afin d'élire les membres constituant le conseil d'administration du CSSS du Haut-Saint-Laurent pour un mandat de quatre ans. Le nouveau conseil est constitué de 18 membres émanant de divers collèges électoraux, incluant la directrice générale, et est entré officiellement en fonction en février 2012 suite à l'adoption de la nouvelle Loi sur la gouverne en juin 2011 amenant des modifications significatives à la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Vous trouverez le nom des membres du conseil d'administration et de ses comités à l'annexe 2 de ce présent rapport.

Problématique du recrutement médical toujours préoccupante

Outre le renouvellement de notre conseil d'administration, à l'image de l'ensemble des CSSS du Québec, comme point saillant de l'année, la problématique du recrutement médical demeure toujours très préoccupante : des efforts intensifs de recrutement ont été accomplis pour remédier à la situation, dont le recrutement de six médecins afin de pratiquer à l'urgence et en hospitalisation à l'Hôpital Barrie Memorial, mais la situation demeure précaire quant à l'accès aux services médicaux de première ligne pour les résidents du Haut-Saint-Laurent. L'établissement est toujours en attente d'une réponse favorable à une demande de rémunération différenciée formulée à l'automne 2010.

Face à la pénurie d'effectifs médicaux et afin d'éviter l'engorgement des urgences, une clinique dite de transition a vu le jour en novembre 2011 de manière à rendre accessible des soins de santé de qualité à une clientèle sans médecin de famille. Offerte au niveau de trois points de service (Ormstown, Huntingdon et Saint-Chrysostome), la clinique de transition offre concrètement un suivi conjoint médecin-infirmière à certains types de clientèles atteintes notamment de maladies chroniques ainsi qu'à la clientèle pédiatrique. Toujours dans le but que la population ait un meilleur accès aux services de santé en assurant l'accessibilité à un médecin de famille,

le GMF Ormstown a aussi vu le jour en novembre 2011. Il est constitué d'un groupe de médecins souhaitant améliorer la prise en charge de leur clientèle inscrite, notamment en travaillant en collaboration avec des infirmières embauchées par le CSSS qui est partenaire du projet.

Équilibre budgétaire maintenu

Encore cette année, avec l'effort concerté de tous et chacun, l'équilibre budgétaire a été atteint au cours de l'année financière se terminant le 31 mars 2012.

Développement d'une ressource intermédiaire (RI)

Afin de toujours faire en sorte d'offrir un service adapté et diversifié quant au type d'hébergement offert à la population du territoire du Haut-Saint-Laurent, un développement de 19 places supplémentaires est en cours au niveau de ressources intermédiaires.

Agrément

L'organisation est fière d'avoir obtenu son agrément avec une note de 86,4 % de conformité pour les différents critères étudiés par six visiteurs d'Agrément Canada du 27 mars au 1er avril 2011.

Le rapport a mis en perspective les points forts de notre organisation, dont le leadership efficace du conseil d'administration et de la direction, les courtes listes d'attente, le programme de gestion de la qualité et des risques orientant les valeurs en matière de prestation de qualité et sécuritaire de service, la préoccupation sur les questions d'éthique, l'accessibilité aux services et la collaboration communautaire, la fusion des installations bien intégrée et les équipes dévouées et engagées au sein du CSSS.

Défis pour 2012-2013

Outre la préoccupation du recrutement médical, le CSSS du Haut-Saint-Laurent sera engagé dans une nouvelle démarche de planification stratégique. Cet exercice permettra de revisiter la vision et la mission de notre établissement pour prendre en charge et accompagner notre population dans un réseau de services sociaux et de santé amélioré, accessible et répondant encore mieux aux besoins de la communauté.

Sincères remerciements

Finally, it is important here to thank, in addition to the former and new members of the board of administration of the CSSS, the members of the foundations and committees, the partners as well as the volunteers, of the same that the personnel of the CSSS who allow to offer services of quality to the population of the territory of Haut-Saint-Laurent.

Milton Reddick

Président du conseil d'administration

Sophie Doucet

Directrice générale

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

As the general manager, I have the responsibility to ensure the reliability of the data contained in this annual management report as well as related controls.

The results and data of the management report of the exercise 2011-2012 of the CSSS of Haut-Saint-Laurent:

- describe faithfully the mission, the mandates, the responsibilities, the activities and the strategic orientations of the establishment;
- present the objectives, the indicators, the targets to be achieved and the results;
- present exact and reliable data.

I declare that the data contained in this annual management report as well as related controls to these data are reliable and that they correspond to the situation as it was on March 31, 2012.

La directrice générale,

Sophie Doucet

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

Haut-Saint-Laurent Health
and Social Services Centre

UN BREF PORTRAIT DE L'ÉTABLISSEMENT

Situé au sud-ouest de la Montérégie, le Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Laurent comprend quatre installations et un point de service.

Installations

UN NUMÉRO UNIQUE: 450-829-2321

CSSS du Haut-Saint-Laurent (siège social)

28, rue Gale, Ormstown
Québec, J0S 1K0



Hôpital Barrie Memorial

28, rue Gale, Ormstown
Québec, J0S 1K0



Centre d'hébergement d'Ormstown

65, rue Hector, Ormstown
Québec, J0S 1K0



Centre d'hébergement de Huntingdon

198, rue Châteauguay, Huntingdon
Québec, J0S 1H0



CLSC Huntingdon

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



CLSC Huntingdon Point de service

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



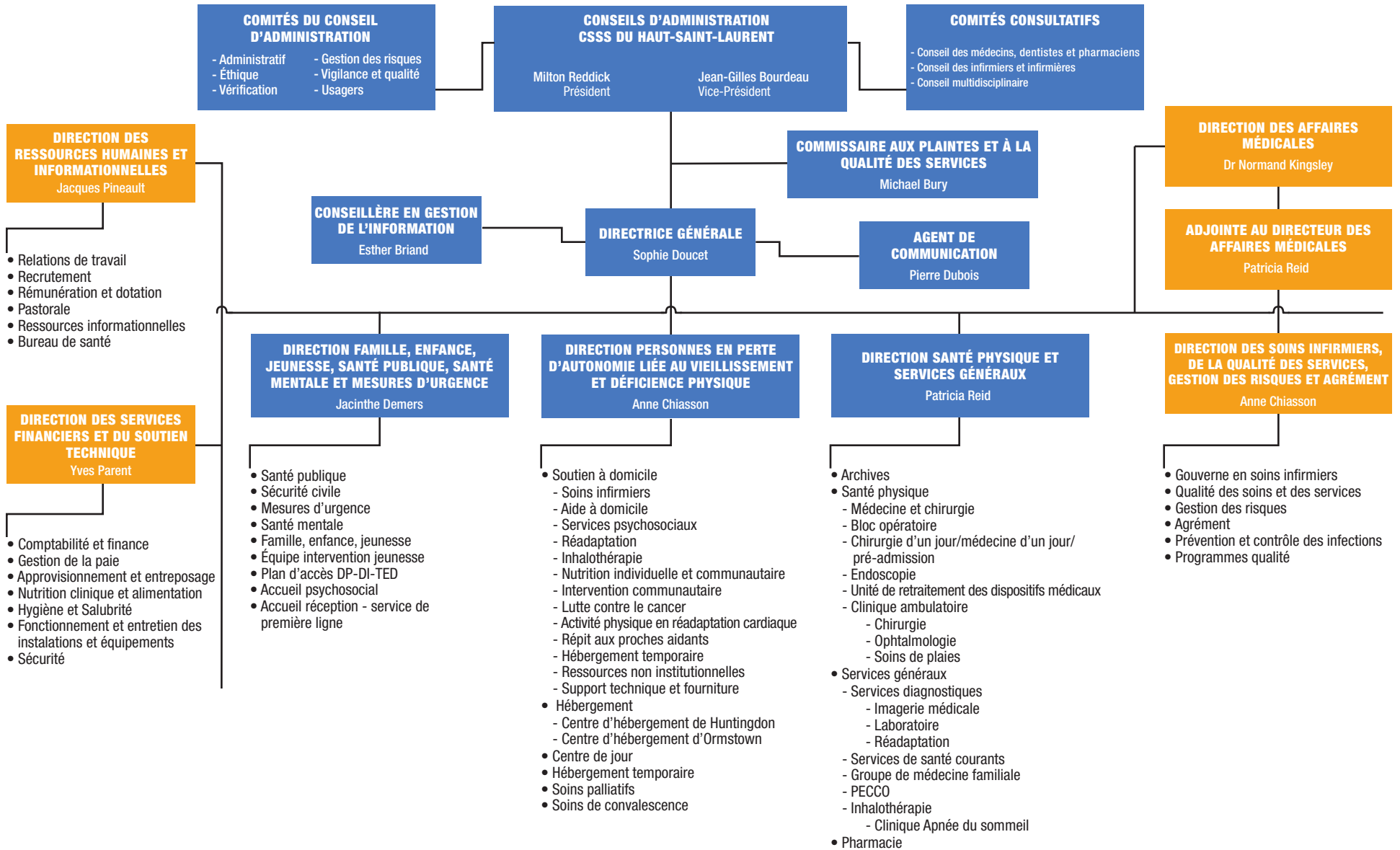
Nombre d'employés

500

Nombre de lits

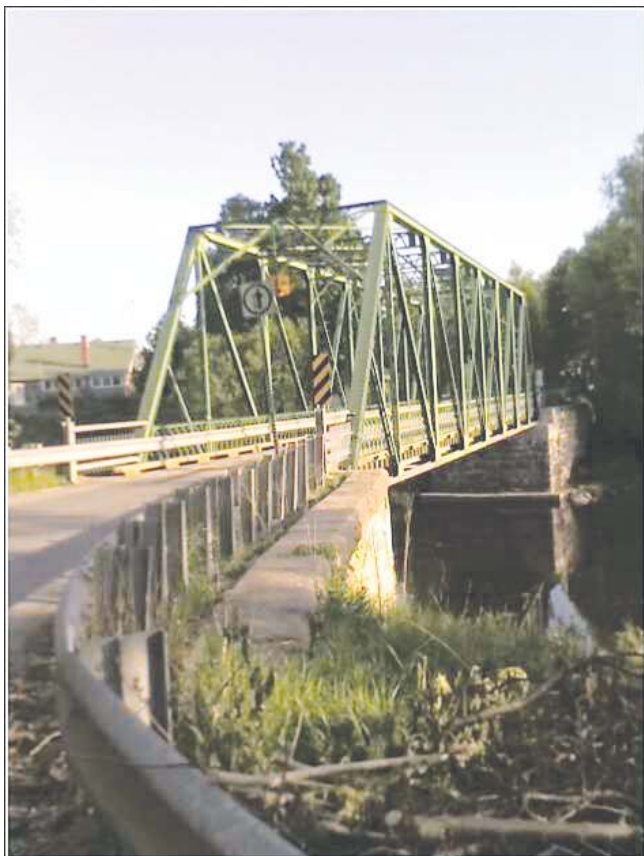
Courte durée	49
Longue durée	125
Hébergement temporaire	9

ORGANIGRAMME



ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

En septembre 2011 s'amorçait une démarche de planification stratégique pour les années 2012 à 2015. Un vaste exercice de consultation s'est tenu auprès des gestionnaires de l'organisation, du personnel, des conseils professionnels, de même que des partenaires communautaires et du réseau sociosanitaire. En date du 31 mars 2012, l'exercice était encore en cours.



MISSION ET PRINCIPES DIRECTEURS

Mission

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

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

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

Principes directeurs

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

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

UN BREF PORTRAIT DE LA POPULATION

Territoires desservis

En plus d'Akwesasne, le CSSS du Haut-Saint-Laurent dessert les treize municipalités de la MRC du Haut Saint-Laurent, soit:

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

Il est à noter que le Haut-Saint-Laurent est le RLS de la Montérégie où la proportion de personnes d'expression anglaise est la plus élevée.

Conditions démographiques

Selon l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), le RLS du Haut-Saint-Laurent compte environ 25 000 personnes en 2012, dont plus de 3 200 à Akwesasne. Sur les 11 territoires composant la Montérégie, il s'agit du 11^e territoire en importance quant à la taille de sa population (1,7 %) et du 11^e territoire en importance quant à sa densité de population. La population du RLS devrait s'accroître de 6,2 % entre 2012 et 2031, soit une augmentation très inférieure à celle de la Montérégie (14,0 %).

Le RLS du Haut-Saint-Laurent se caractérise par une population légèrement plus âgée que celle de la Montérégie. En 2012, la proportion de jeunes (moins de 18 ans) du RLS est légèrement inférieure (19 c. 20 %) et celle des personnes âgées de 65 ans et plus, plus élevée que celle de la Montérégie (18 c. 15 %). Néanmoins, à l'instar du Québec et de la région, le RLS n'échappera pas au vieillissement de sa population. Entre 2012 et 2031, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus passera de 18 à 28 %.

Conditions socioéconomiques

Dans l'ensemble, le RLS du Haut-Saint-Laurent présente un profil socioéconomique moins avantageux que celui de la région, avec plus de personnes vivant sous le seuil de faible revenu et plus d'adultes prestataires des programmes d'assistance sociale. De plus, le taux de natalité du Haut-Saint-Laurent est significativement inférieur à celui du Québec (9,2 c. 11,3 pour 1 000). Les femmes et les hommes du RLS du Haut-Saint-Laurent ont une espérance de vie à la naissance significativement moins longue que ceux du Québec.

Portrait de santé

Les tumeurs figurent au premier rang des causes de décès : depuis une vingtaine d'années, le nombre de nouveaux cas de cancer est à la hausse, en raison notamment de l'accroissement démographique et du vieillissement de la population. Depuis au moins quinze ans, le RLS affiche un taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire significativement supérieur à celui du Québec. Les maladies de l'appareil respiratoire affiche néanmoins un taux d'hospitalisation significativement inférieur à celui du Québec.

Le problème de diabète est significativement plus criant dans le Haut-Saint-Laurent que partout ailleurs au Québec. Le vieillissement de la population et la diminution de la mortalité chez les personnes diabétiques contribuent à l'augmentation de la prévalence du diabète (Pigeon et Larocque, 2011). Cette maladie entraîne de lourdes conséquences sur la santé (problème cardiaque, insuffisance rénale, cécité, amputation, etc.) et les adultes qui en souffrent en meurent souvent prématurément.

Facteurs de risques

Comparativement à l'ensemble de la Montérégie, les adultes du RLS du Haut-Saint-Laurent consomment moins de cinq portions de fruits et légumes par jour et fument plus. Par ailleurs, environ 58 % des adultes du territoire présentent un surplus de poids, soit 40 % de l'embonpoint et 18 % de l'obésité (Boulais, 2011).



FAITS SAILLANTS DE L'ÉTABLISSEMENT PROGRAMMES ET SERVICES

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

DIRECTION DES AFFAIRES MÉDICALES

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

Faits saillants:

- Recrutement intensif de nouveaux médecins omnipraticiens;
- Suivi au niveau d'une rémunération différenciée au ministère de la Santé et des Services sociaux pour les médecins pratiquant sur le territoire du Haut-Saint-Laurent;
- Participation à la Journée carrière des médecins résidents d'octobre 2011;
- Implication dans l'implantation d'un groupe de médecine familiale (GMF) à Ormstown;
- Implication à la création d'une clinique de transition sur le territoire en trois points de service (Ormstown, Huntingdon et Saint-Chrysostome) afin d'optimiser la prise en charge de la clientèle sans médecin de famille.

Dr Normand Kingsley
Directeur des affaires médicales

DIRECTION DES PROGRAMMES DE SANTÉ PHYSIQUE ET SERVICES GÉNÉRAUX

Direction des programmes de santé physique

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

Faits saillants:

- Continuation de la réorganisation des soins afin d'améliorer le fonctionnement de la salle d'urgence;
- Implantation à la salle d'urgence de PRISMA 7, un nouvel outil clinique, pour repérer plus rapidement les personnes âgées de 75 ans et plus en perte d'autonomie et favoriser une prise en charge de cette clientèle afin de prévenir des complications et une détérioration de leur condition clinique;
- Continuation au niveau des mesures mises en œuvre afin d'améliorer l'accessibilité aux lits pour les patients de l'urgence en attente d'hospitalisation et ainsi diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence;
- Optimisation de l'offre de service en cardiologie pour la population adulte afin d'améliorer l'accessibilité aux spécialistes au moyen de la télécardiologie. Cette consultation à distance en temps réel, établie en décembre 2011 en collaboration avec l'Université McGill et le Centre hospitalier St. Mary de Montréal, permet au CSSS du Haut-Saint-Laurent d'être un précurseur en la matière.

Direction des services généraux

La direction des services généraux offre un large éventail de services, tels que des cliniques de soins infirmiers ambulatoires au CLSC avec ou sans rendez-vous pour la prise de tension artérielle, les soins de plaies, la contraception, la thérapie intraveineuse, le diabète, les prélèvements sanguins, le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang, etc. D'autres services sont regroupés sous cette direction comme les services diagnostiques, la réadaptation, l'inhalothérapie tout comme le guichet d'accès pour la clientèle orpheline (PECCO).

Faits saillants:

- Mise à jour de la formation en réanimation cardiorespiratoire aux intervenants de tous les secteurs de la direction des services généraux au printemps 2011;
- Développement d'outils cliniques permettant de bonifier l'offre des services généraux dans le but d'uniformiser l'évaluation, l'enseignement et les suivis de la clientèle présentant notamment une maladie chronique;
- Création d'un projet novateur au Québec de clinique de transition permettant de répondre aux besoins prioritaires des clients qui n'ont pas de médecin de famille et qui demeurent sur le territoire du Haut-Saint-Laurent;

Pour une meilleure qualité de vie

- Prise en charge améliorée des services médicaux à la population avec l'arrivée d'un nouveau médecin en septembre 2011 au point de service du CLSC Huntingdon à Saint-Chrysostome;
- Conception et diffusion d'un outil de référence destiné à l'ensemble du personnel des services diagnostiques habilité à effectuer des prélèvements sanguins;
- Acquisition au département d'imagerie médicale d'un système de gravure de CD-DVD à la fine pointe de la technologie afin de permettre à la clientèle d'avoir accès plus rapidement aux images;
- Rehaussement de l'appareil de graphie mobile permettant de faire des radiographies de haute qualité;
- Mise sur pied à l'automne 2011 au service de réadaptation de cours pour la clientèle souffrant de problèmes d'arthrite afin de diminuer la liste d'attente et d'assurer un service à la clientèle;
- Consolidation de l'équipe en réadaptation par le recrutement d'une physiothérapeute à l'automne 2011 afin de maintenir les services déjà en place.

Services des archives

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

Faits saillants:

- Centralisation de l'accès à l'information;
- Optimisation de l'espace aux archives médicales de l'Hôpital Barrie Memorial;
- Optimisation de l'offre de service afin de diminuer les délais de fermeture de dossiers.

Patricia Reid

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



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

La direction des soins infirmiers voit à la qualité des services, avec comme mandat de surveiller et de contrôler la qualité des soins, d'encadrer les pratiques professionnelles et de veiller au développement des compétences. Cette direction a aussi comme mandat la gestion des risques et l'agrément.

Directions des soins infirmiers

Faits saillants:

- Harmonisation des outils et procédures dans le cadre du dossier Forteresss permettant aux infirmières d'être beaucoup plus aptes à évaluer l'état de santé des résidents qui œuvrent aux deux centres d'hébergements;
- Actualisation des recommandations émises par Agrément Canada afin de répondre aux exigences des normes de sécurité et de qualité;
- Instauration de mesures d'indicateurs de qualité et de l'amélioration continue de la qualité dans chacun des programmes cliniques, entre autres, les chutes, les erreurs de médicaments, les contentions, les plaies de pression, les accidents/incidents, la sécurité transfusionnelle et les infections;
- Suivi au niveau des recommandations émanant de la visite d'inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) au sein des installations;
- Mise en place d'un diagnostic organisationnel sur le positionnement du CSSS en lien avec la personne âgée.

Gestion des risques

Le CSSS Haut-Saint-Laurent, dans son programme d'amélioration continue de la qualité et sécurité, maintient des objectifs de développement d'une culture de sécurité. À cet effet, le comité de gestion des risques réalise son mandat conformément à la réglementation et assure les activités relatives à la prévention des accidents et incidents.

Pour une meilleure qualité de vie

À cet égard, les rapports d'accidents et incidents sont présentés au comité de vigilance et aux équipes afin d'établir les objectifs d'amélioration. Tout nouvel employé reçoit la formation sur la gestion des risques. De plus, chaque incident/accident est analysé par les chefs de services et les suivis sont faits auprès des équipes. Des rappels sont effectués sur l'importance de la déclaration et la divulgation dans un souci de transparence et d'analyse des processus pour éviter les récidives.

Dans le cadre d'une prestation humaine et sécuritaire et en respectant les droits et liberté des résidents et des usagers, les équipes favorisent l'utilisation de mesures alternatives à la contention. L'organisation a fait l'acquisition d'équipement répondant à cet objectif. De plus, les intervenants sont formés et travaillent en interdisciplinarité pour évaluer la meilleure alternative pour le résident et l'usager.

Faits saillants:

- Mobilisation des équipes lors d'un événement sentinelle majeur concernant la banque de sang de la salle d'urgence;
- Révision majeure de tous les processus clinico-administratifs au laboratoire de l'Hôpital Barrie Memorial avec mise en œuvre d'un plan d'action;
- Élaboration, révision et diffusion de trois politiques et procédures reliées à la sécurité transfusionnelle.

Prévention et contrôle des infections

La prévention et le contrôle des infections nécessitent l'application de mesures de surveillance et d'analyse des processus afin d'assurer une rigueur au niveau de l'hygiène et salubrité de l'environnement et implique le respect des mesures de précautions de base et additionnelles. Quotidiennement, un suivi rigoureux des indicateurs sur les taux infectieux est fait et les recommandations sont élaborées afin que les équipes puissent mettre en place le contrôle requis.

Faits saillants:

- Rédaction, révision et diffusion de huit politiques et procédures reliées à la prévention et au contrôle des infections;
- Renforcement sur l'importance de procéder à l'hygiène des mains (formation, affichage de « posters », communiqués, etc.);
- Application des recommandations de surveillance des cas de rougeole.

Programme « qualité » et satisfaction de la clientèle

Dans le cadre du programme qualité et sécurité, il y a eu intégration des recommandations du coroner comme des indicateurs d'amélioration continue de la qualité. À cet effet, tout rapport exigeant un suivi est minutieusement analysé et un plan d'action est élaboré, diffusé et mis en œuvre pour éviter la survenue d'accidents similaires. De plus, ces plans d'action sont déposés au comité de vigilance et à l'Agence de la Montérégie.

Faits saillants:

- Compilation des résultats de l'étude de satisfaction de la clientèle hébergée face aux repas servis;
- Élaboration du programme d'assurance qualité pour le bilirubinomètre;
- Mise sur pied d'un sondage portant sur la satisfaction des clients hébergés et auprès des proches et familles:

Indicateurs	Résultats obtenus aux indicateurs et aux dimensions qualité, en fonction des différentes sources de données, pour les centres d'hébergement			
	Huntingdon		Ormstown	
	Nombre 33		Nombre 47	
	Moyenne	Écart type	Moyenne	Écart type
Relation avec le client	87,96	12,87	82,19	9,07
Prestation professionnelle	85,03	14,17	78,93	11,47
Organisation des services	83,47	11,98	78,64	12,33
Total	85,49	13,01	79,92	10,96
Résultat global pour les indicateurs pour les programmes d'hébergement				
Indicateurs	CSSSHSL		CSSS comparables	
Relation avec le client	83,20		82,11	
Prestation professionnelle	83,84		82,00	
Organisation des services	81,33		81,74	

Indicateurs	Degré de satisfaction en lien avec le dernier service reçu	
	Soins à domicile	
	Nombre 79	
	Moyenne	Écart type
Relation avec le client	90,95	13,36
Prestation professionnelle	88,62	15,81
Organisation des services	86,21	15,28
Total	87,93	14,65

Programme d'Agrément

Le CSSS Haut-Saint-Laurent a passé son agrément lors de la visite de mars 2011 et les visiteurs ont mentionné qu'il y avait un leadership fort et efficace en matière de gestion de la qualité et de prestation sécuritaire des soins et services de santé. Cette préoccupation qualité et sécurité est au centre des activités de notre CSSS.

Faits saillants:

- En août 2011, un rapport d'étape a été envoyé à Agrément Canada pour améliorer la conformité à certaines pratiques organisationnelles requises. Le comité d'approbation a revu les preuves soumises et nous a confirmé la conformité aux exigences qui ont fait l'objet d'une évaluation;
- En février 2012, un deuxième rapport a été acheminé pour approbation en lien avec quelques critères touchant certains secteurs d'activités. Cette revue des preuves soumises à Agrément Canada a été reconnue comme répondant aux exigences de conformité sauf pour une norme portant sur l'identification de toutes les réparations faites sur les équipements du bloc opératoire.

Anne Chiasson

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



DIRECTION DES PROGRAMMES PERSONNES EN PERTE D'AUTO- NOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT ET DÉFICIENCE PHYSIQUE

La direction des programmes aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV) et de la déficience physique (DP) regroupe les services de soutien à domicile, les centres d'hébergement et les centres de jour. Cette direction intervient autant auprès des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement ou celles vivant avec une déficience physique que des clientèles présentant un profil de soins de santé de courte durée nécessitant des soins d'assistance et de soutien à domicile ou des soins palliatifs.

En CHSLD

Les centres d'hébergement d'Ormstown et de Huntingdon offrent de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance aux adultes et personnes âgées qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel ou substitut malgré le soutien de leur entourage.

Faits saillants:

- Installation d'un système anti-fugue au centre d'hébergement de Huntingdon et rehaussement de celui déjà en place au centre d'hébergement d'Ormstown afin d'optimiser la sécurité des résidents;
- Amélioration de la satisfaction des résidents vis-à-vis l'alimentation afin de répondre aux objectifs ministériels en matière d'alimentation adaptée aux besoins des résidents en milieu de vie;
- Implantation des aliments thérapeutiques Epikura aux résidents ciblés dans les CHSLD;
- Réalisation de 65 audits suite à la visite de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec en juin 2011 permettant la « mesure » du respect des normes et critères de qualité et de sécurité.

En CLSC

La mission du CLSC consiste à offrir des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement dans leur milieu de vie afin de les y maintenir le plus longtemps possible et à toute personne non autonome nécessitant des soins et services.

Faits saillants:

- Réalisation d'une étude auprès de veufs et de veuves de la MRC du Haut-Saint-Laurent. Les résultats de cette étude seront disponibles sous peu;
- Utilisation élargie du programme SYMO (Système informatisé pour la Mobilité du personnel) aux auxiliaires familiales et sociales des services de soins à domicile. Cette initiative est une première provinciale;
- Mise sur pied d'un processus d'appel d'offres pour 19 lits d'hébergement en ressources intermédiaires;
- Mise en place d'un partenariat durable entre la Table de concertation PALV du Haut-Saint-Laurent et le CLSC, tel que souligné par Agrément Canada;
- Instauration de pistes d'amélioration afin d'augmenter les heures de soins directs à la clientèle dans le cadre du dossier d'optimisation des soins à domicile;
- Élaboration d'un plan d'amélioration sur la qualité des soins et services des inhalothérapeutes déposé à l'Ordre des inhalothérapeutes du Québec;
- Poursuite des interventions précoces en ergothérapie afin d'améliorer la gestion de la liste d'attente en ergothérapie.

Lutte du cancer

Faits saillants:

- Participation des infirmières en provenance de chacun des sites aux formations offertes par le Réseau Cancer Montérégie (RCM), spécifiquement pour les soins palliatifs;
- Implantation de l'infirmière de première ligne en oncologie à la grandeur du CSSS.

Anne Chiasson

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

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

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

Famille-Enfance-Jeunesse

Ces professionnels sont reconnus comme étant très impliqués dans l'amélioration des services aux jeunes et aux familles. Ils travaillent en interdisciplinarité et recherchent les meilleures pratiques d'intervention. Leur collaboration avec les organismes du milieu permet une meilleure accessibilité et continuité de services. En décembre 2011, le CSSS du Haut-Saint-Laurent redémarrait ses activités d'équipe d'intervention jeunesse (ÉIJ). L'ÉIJ est une démarche déployée dans toute la Montérégie et ailleurs au Québec. Elle permet au CSSS d'exercer sa responsabilité envers la population jeunesse du territoire qui vit des problématiques complexes.

Faits saillants:

- Développement d'un partenariat entre les écoles primaires anglophones du territoire et le CSSS afin d'établir un service de réadaptation de première ligne pour les jeunes en difficulté et leurs familles;
- Mise sur pied d'un groupe de thérapie en gestion du stress pour douze jeunes de 12 à 17 ans dans une école secondaire du territoire. Ce projet, intitulé SMART, a permis également aux parents de se familiariser avec le contenu et ainsi mieux soutenir leurs jeunes.

Vaccination

La vaccination comporte plusieurs volets et campagnes de vaccination.

Fait saillant:

- Opération de vaccination de masse dès novembre 2011 afin d'enrayer la transmission de la rougeole avec un taux de couverture vaccinale de 90,7% au niveau des élèves vaccinés dans les écoles primaires et de 90,1% pour ceux des écoles secondaires.

Déficiences physique, déficiences intellectuelles et troubles envahissants du développement (DP-DI-TED)

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

Faits saillants:

- Révision du plan local d'accès en novembre 2011 par une analyse des modes de fonctionnement en regard des services pour cette clientèle;
- Production d'un Guide des règles, des modalités d'accès et les trajectoires clientèles pour les services DP-DI/TED dans le but d'améliorer l'accès aux services.

Santé mentale

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

Faits saillants:

- Signature d'une entente de soutien clinique avec un psychiatre du CSSS du Suroît;
- Bonification de l'offre de service en santé mentale adulte par la mise en place d'une équipe multidisciplinaire.



Santé publique

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

Faits saillants:

- Mobilisation pour la formation d'une coopérative d'achat en alimentation dans le Haut-Saint-Laurent;
- Constitution d'un comité multisectoriel dans le cadre du concept CSSS Promoteur de santé, incluant deux membres du conseil d'administration, afin de développer le volet « milieu de travail, promoteur de santé » au sein du personnel;
- Mise sur pied au niveau local du Défi 5-30 (5 fruits et légumes et 30 minutes d'activités physiques quotidiennement) avec un taux de participation de 20% du personnel;
- Création d'un comité afin de développer une politique alimentaire au sein du CSSS, incluant des intervenants, des nutritionnistes et des gestionnaires de différents secteurs.

Sécurité civile

Chacun des établissements de santé se doit d'être en mesure de répondre efficacement aux différentes situations de sinistre pouvant survenir sur son territoire. L'élaboration d'un plan favorise une réponse de qualité, efficace, coordonnée et cohérente dans toute situation de mesures d'urgence lors de sinistre. Ceci permet de réduire la morbidité, la mortalité et les impacts psychosociaux au sein de la population touchée lors de cet événement. Au cours de la dernière année, différentes situations ont nécessité des interventions, dont la coupure d'eau au CLSC Huntingdon et l'alerte de chaleur extrême en juillet 2011.

Faits saillants:

- Mise sur pied de cinq exercices de mesures d'urgence en janvier 2012 à l'Hôpital Barrie Memorial où une quarantaine de personnes y ont participé;
- Élaboration de recommandations afin d'améliorer les processus actuels en mesures d'urgence au CSSS.

Jacinthe Demers

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

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET INFORMATIONNELLES

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

Faits saillants:

- Optimisation des structures de postes au niveau des soins infirmiers afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle tout en assurant une meilleure stabilité du personnel;
- Diminution majeure du taux d'utilisation de la main-d'œuvre indépendante et du temps supplémentaire au niveau des infirmières comparativement à l'année dernière;
- Hausse de l'assurance-salaire au cours de la dernière année;
- Consolidation des infrastructures au niveau des ressources informationnelles;
- Révision des accès physiques à chaque poste informatique en regard de la sécurité informationnelle tout comme la mise en place d'un plan de relève pour les pare-feux de chacune des salles informatiques;
- Réalisation d'un bilan des réalisations découlant du plan directeur informatique 2009-2012 en vue d'élaborer un plan triennal 2013-2016.

Des statistiques:

Heures supplémentaires (taux moyen) cible: 2,77%
 CSSS du Haut-Saint-Laurent 2,29%
 Moyenne des CSSS de la Montérégie 3,42%

Effectifs de l'établissement	Exercice en cours	Exercice antérieur
Les cadres: (en date du 31 mars)		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	27	28
Temps partiel	.6	1
Nombre de personnes: Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)		
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0

Effectifs de l'établissement	Exercice en cours	Exercice antérieur
Les employés réguliers: (en date du 31 mars)		
Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	149	144
Temps partiel Nombre de personnes: Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	224	269
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Les occasionnels:		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	93,446	152,067
Équivalents temps complet (b)	50	83

Jacques Pineault
*Directeur des ressources
 humaines et informationnelles*

DIRECTION DES SERVICES FINANCIERS ET DU SOUTIEN TECHNIQUE

Les services financiers s'assurent tant de l'efficience des ressources financières attribuées au CSSS pour les budgets d'opération que de la paie, de l'approvisionnement, d'un rôle de conseil et de soutien auprès des gestionnaires en matière de budget. Les services techniques, quant à eux, s'assurent d'offrir un environnement fonctionnel, sécuritaire, confortable et pratique à l'ensemble des personnes gravitant au sein des installations du CSSS.

Ils incluent les services d'hygiène et de salubrité, la buanderie, l'alimentation et la sécurité.

Faits saillants:

- Maintien de l'équilibre budgétaire;
- Élaboration d'un processus pour une démarche d'analyse de la performance des différents secteurs d'activités de l'organisation en collaboration avec la responsable de la gestion de la performance du CSSS;
- Mise en application de mesures afin de respecter la Loi 100 (équilibre budgétaire), dont un contrôle sur les colloques et congrès pour le personnel, contrôle sur les frais de déplacement (covoiturage, visioconférence, conférence téléphonique) et la standardisation des fournitures;

- Élaboration et adoption d'un plan afin de maintenir l'ensemble des bâtiments existants pour les trois prochaines années;
- Élaboration et adoption d'un plan afin de maintenir les équipements médicaux et non médicaux pour les trois prochaines années;
- Acquisition d'un chauffe-assiette au centre d'hébergement d'Ormstown;
- Reconduction du bail au CLSC Huntingdon jusqu'en 2021;
- Implantation d'un logiciel de gestion du service de maintenance;
- Début des travaux d'un projet d'amélioration climatique au centre d'hébergement d'Ormstown.

Yves Parent

*Directeur des services financiers
et du soutien technique*

PRINCIPAUX OBJECTIFS 2012-2013 DU CSSS DU HAUT-SAINT-LAURENT

- Intensification des mesures de recrutement médical;
- Élaboration de stratégies pour l'attraction et la rétention des ressources pour stabiliser la composition des équipes au sein du CSSS;
- Maintien de l'équilibre budgétaire;
- Diminution de l'assurance salaire au niveau des employés;
- Optimisation de la clinique de transition pour la clientèle sans médecin de famille;
- Diminution du temps de séjour sur civière à l'urgence;
- Consolidation des structures des secteurs d'hébergement pour assurer la prestation attendue;
- Optimisation du service des soins à domicile;
- Actualisation et gestion du projet des 19 places en ressources intermédiaires;
- Actualisation de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier et à l'urgence;
- Optimisation des services de l'approvisionnement.

MOYENS D'INFORMATION ET CONSULTATION DE LA POPULATION

Le CSSS du Haut-Saint-Laurent est en contact avec la population de son territoire au moyen de divers moyens de communications. De manière continue, le site Web de l'organisation diffuse de l'information générale dont les nouvelles d'actualité touchant notamment les services inhérents au CSSS. Les principaux documents émanant du CSSS, en lien avec sa mission, sont disponibles en tout temps, notamment le rapport annuel dans son intégralité et le journal interne. La population, par les divers liens sur le site Web, peut contacter l'organisation pour des questions ou commentaires. Une page Facebook du CSSS du Haut-Saint-Laurent a vu le jour en avril 2011 afin de fournir à la population des nouvelles ponctuelles sur diverses facettes de l'organisation en temps réel et de pouvoir en tout temps émettre ses commentaires.

La population est invitée à participer aux séances du conseil d'administration par le biais de publicités dans les journaux. Le CSSS a un onglet spécifique sur sa page Web en rapport aux séances du conseil d'administration.

De façon ponctuelle, des liens étroits avec les principaux médias, dont une chronique dans le principal journal du territoire, permettent d'informer les gens sur notre mission et nos activités telles que les cliniques de vaccination, les rencontres prénatales, etc.

En septembre 2011, la population a été invitée à l'assemblée générale du conseil d'administration afin de pouvoir avoir un portrait du CSSS et de ses principales activités par secteurs d'activités et de poser des questions s'il y a lieu.



BILAN DU COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

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

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

Un onglet spécifique sur la page d'accueil du site Web de l'établissement a été mis à jour afin d'accéder directement au rapport annuel et à la procédure d'examen des plaintes, le respect des usagers et de leurs droits. Des affiches et des dépliants ont été ajoutés dans des endroits stratégiques dans l'ensemble des installations du CSSS.

Faits saillants:

- 51 plaintes ont été enregistrées au cours de l'année financière visée par ce rapport dont 32 parviennent des usagers et 19 de tiers;
- Les points sensibles touchent essentiellement l'accessibilité aux services et les soins dispensés;
- Le traitement des motifs complété avec mesures (démarches d'amélioration) est au nombre de 16, soit 11 en centre hospitalier, 4 en CLSC et 1 en CHSLD.

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

FONDACTIONS DU CSSS

Dames auxiliaires du Centre d'hébergement de Huntingdon

Fait saillant:

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

Dames auxiliaires de l'Hôpital Barrie Memorial

Fait saillant:

- Activités de financement afin d'offrir divers services aux usagers.

Fondation du Centre d'hébergement de Huntingdon

Fait saillant:

- Organisation d'un tournoi de golf en août 2011 pour l'achat d'un solarium quatre saisons pour les résidents de ce centre d'hébergement.

Fondation du Centre d'hébergement d'Ormstown

Fait saillant:

- Activités de financement afin d'offrir divers services pour les personnes qui y sont hébergées.

Fondation de l'Hôpital Barrie Memorial

Faits saillants:

- Amélioration des moyens mis en oeuvre pour les donateurs à faire des dons par voie électronique, afin de financer de nouveaux équipements pour l'Hôpital Barrie Memorial;
- Installation d'un mur honorifique des donateurs à la Fondation de l'Hôpital Barrie Memorial.

Fondation québécoise de l'Hôpital Barrie Memorial

Fait saillant:

- Activités permettant l'acquisition de divers équipements pour l'Hôpital Barrie Memorial.

CONSEILS ET COMITÉS DU CSSS DU HAUT-SAINT-LAURENT

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

Comité de gestion des risques

La gestion des risques fait partie intégrante de l'amélioration continue de la qualité. Elle englobe le suivi immédiat des incidents et des accidents. Elle commande également l'analyse croisée des données statistiques afin de faire connaître l'incidence et la prévalence du risque. À cet effet, un rapport annuel de gestion des risques est élaboré et diffusé et ces indicateurs servent d'assise pour cibler les objectifs d'amélioration du CSSS afin de prévenir les incidents et les accidents tout comme éviter les récurrences.

Faits saillants:

- Déclaration des incidents/accidents fait ressortir les points suivants : erreurs de médicaments, chutes, tests diagnostiques et erreurs liées au traitement;
- 153 déclarations d'incidents et 755 déclarations d'accidents.

Pour une meilleure qualité de vie

Les activités de gestion des risques ont porté sur les suivis des événements à risque élevé et l'analyse des processus afin d'éviter les récurrences, par exemple l'événement sentinelle majeur concernant la banque de sang de la salle d'urgence. Les gestionnaires assurent le suivi des recommandations auprès des équipes.

Comité des usagers

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

Faits saillants:

- Démarche continue de sensibilisation auprès des usagers pour les informer de leurs droits et de leurs obligations au moyen d'affiches, d'annonces publicitaires et de dépliants;
- Implication soutenue afin d'améliorer la qualité des aliments servis aux résidents de longue durée. Les aliments Epikura ont été introduits avec satisfaction auprès des résidents qui en ont besoin.

Comité de vigilance

Le comité de vigilance a une grande préoccupation, celle d'assurer la surveillance d'une prestation sécuritaire des soins et services. À cet effet, les membres analysent tous les plans d'amélioration en lien avec les pratiques professionnelles, les suivis des événements « sentinelle » ainsi que les suivis des recommandations des coroners et l'évolution des dossiers qualité. Ils reçoivent un rapport détaillé des déclarations d'événements (incidents/accidents) et formulent les recommandations requises au conseil d'administration du CSSS s'il y a lieu mais sur ce dernier point, aucune recommandation spécifique n'a été amenée, tant du côté du commissaire aux plaintes que d'autres instances, à part l'achat de ridelles de lit pour les usagers.



Conseil des infirmières et infirmiers

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

Faits saillants:

- Participation du C.I.I. à l'évaluation de la qualité des soins dans chacun des programmes par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec en précisant les éléments et la nouvelle façon de procéder lors de l'inspection professionnelle des infirmières;
- Tenue d'un souper conférence afin de mettre en évidence l'importance du leadership infirmier.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est responsable envers le conseil d'administration de contrôler et apprécier la qualité et la pertinence des actes des médecins et des pharmaciens pratiquant au sein du CSSS.

Faits saillants:

- Organisation de neuf rencontres régulières et de quatre assemblées générales afin de procéder à l'étude de demandes de nominations de professionnels et faire des recommandations au conseil d'administration sur la qualification et la compétence des nouveaux médecins venant pratiquer au CSSS;
- Nomination d'un nouveau chef médical au service de l'urgence.

Conseil multidisciplinaire

Le conseil multidisciplinaire, constitué de 87 membres répartis en 22 professions différentes, est responsable envers le conseil d'administration de constituer, chaque fois qu'il est requis, les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle de l'ensemble de leurs membres dans tout centre exploité par l'établissement et de faire des recommandations.

Faits saillants:

- Production d'une affiche promotionnelle afin de promouvoir les professions des membres;
- Suivi des activités du comité CSSS Promoteur de santé pour qu'un maximum d'employés du CSSS puisse bénéficier d'une meilleure qualité de vie au travail ou à la maison.

RAPPORT DE LA DIRECTION

Les états financiers du Centre de santé et des services sociaux du Haut-Saint-Laurent ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

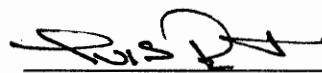
La direction du CSSS du Haut-Saint-Laurent reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme *Bourrassa, Boyer inc.* dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme *Bourrassa, Boyer inc.* peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Sophie Doucet
Directrice générale
CSSS du Haut-Saint-Laurent



Yves Parent
Directeur des services financiers
et du soutien technique

SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes

Personnel du réseau et du Ministère					
Améliorer la gestion de la présence au travail					

Indicateurs	Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats 2011-2012	Évaluation	Commentaires
-------------	------------------------	---------------------	------------------------	------------	--------------

Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	4.99%	5.28%	5.81%	↓	
---	-------	-------	-------	---	--

Prévention et contrôle des infections nosocomiales

P.1 Nombre d'infirmières (ETP) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales					
	0.91 ETP	0.82 ETP	0.91 ETP	↑	
CH	0.36 ETP	0.35 ETP	0.36 ETP	↑	
CHSLD	0.55 ETP	0.47ETP	0.55 ETP	↑	

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

P.3 L'établissement a un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales					
	100%	100%	100%	↑	

P.4 L'établissement applique les lignes directrices en hygiène et salubrité					
	100%	100%	100%	↑	

Services psychosociaux généraux

Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en maintenant l'intensité des services.					
1.2.2 Nombre d'utilisateurs desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)					
	298	298	306	↑	
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)					
	3.78	3.78	4.13	↑	

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

Pour une meilleure qualité de vie

Fiche de reddition de comptes

Indicateurs	Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats 2011-2012	Évaluation	Commentaires
Services dans le milieu de vie					
Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant la proportion de personnes en perte d'autonomie reliée au vieillissement desservie dans la communauté et en maintenant l'intensité des services					
1.3.1	Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)				
	522	626	672	↑	
1.3.2	Nombre moyen d'intervention en soutien à domicile reçu par les personnes en perte d'autonomie				
	26.15	24.00	26.15	↑	
Services offerts aux personnes hébergées en milieu de vie substitut					
Le nombre moyen d'heures travaillées par jour présence devrait correspondre aux besoins des personnes hébergées					
1.3.3	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD				
	3.43	3.43	3.31	-	
1.3.4	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD				
	0.18	0.18	0.15	-	
Déficiences physiques - Soutien à domicile offert aux personnes et à leur famille					
Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en maintenant l'intensité des services.					
1.4.1	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)				
	120	126	137	↑	
1.4.2	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC) par usager (DP)				
	41.75	41.75	41.64	↑	
Déficiences physiques - Soutien à domicile offert aux personnes et à leur famille					
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.					
1.4.3	Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe				
	5	16	9	↓	

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

Pour une meilleure qualité de vie

Fiche de reddition de comptes

Indicateurs	Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats 2011-2012	Évaluation	Commentaires
-------------	------------------------	---------------------	------------------------	------------	--------------

Déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED) Soutien à domicile offert aux personnes et à leur famille

Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en maintenant l'intensité des services.

1.5.11 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)

62	62	90	↑
40	35	40	↑
23	17	23	↑

1.5.12 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC) par usager : déficience intellectuelle ou trouble envahissant du développement

16.8	16.8	12.5	↑
23.30	13.00	23.30	↑
4.90	6.53	4.90	↓

Déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED) Soutien à domicile offert aux personnes et à leur famille

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.

1.5.13 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe.

40	40	50	↑
20	16	20	↓
20	16	20	↑

Services de première ligne – jeunes et leur famille en difficulté

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

1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)

489	489	529	↑
-----	-----	-----	---

1.6.2 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)

7.15	7.15	7.34	↑
------	------	------	---

Services d'urgence – Santé mentale

Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale

1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale

18.90	12.00	17.80	↓
-------	-------	-------	---

1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale

1.23	0.00	4.48	↓
------	------	------	---

Pour une meilleure qualité de vie

Fiche de reddition de comptes

Indicateurs	Résultats 2010-2011	Cibles 2011-2012	Résultats 2011-2012	Évaluation	Commentaires
Services de première ligne – Santé mentale					
Rejoindre la population âgée de moins de 18 ans et la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.					
1.8.9	Nombre d'utilisateurs souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)				
	400	401	545	↑	
1.8 C	Nombre d'utilisateurs de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)				
	117	113	117	↑	
1.8 D	Nombre d'utilisateurs de 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale dans les CSSS (mission CLSC)				
	271	272	271	↓	
Services d'urgence – Santé physique					
Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence :					
1.9.1	Séjour moyen sur civière				
	19.10	12.00	19.81	↓	
1.9.2	Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus				
	23.11	12.00	25.34	↓	
1.9.3	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière				
	3.90	0.0	5.8	↓	
1.9.4	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus				
	5.10	0.0	9.9	↓	
Soins palliatifs					
Accroître l'accès aux services de soins palliatifs à domicile et en maintenant une intensité des services					
1.9.5	Nombre d'utilisateurs desservis en soins palliatifs à domicile				
	70	70	61	-	
1.9.6	Nombre moyen d'interventions par utilisateur en soins palliatifs à domicile				
	13.37	13.37	22.51	↑	

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

Pour une meilleure qualité de vie

Fiche de reddition de comptes

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats 2010-2011</i>	<i>Cibles 2011-2012</i>	<i>Résultats 2011-2012</i>	<i>Évaluation</i>	<i>Commentaires</i>
--------------------	--------------------------------	-----------------------------	--------------------------------	-------------------	---------------------

Chirurgie- Volume de production pour certaines activités chirurgicales					
Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une chirurgie					
1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)					
	236	319	270	-	
1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)					
	111	136	87	↓	
Équilibre budgétaire					
Assurer la dispense des services dans le respect de l'enveloppe budgétaire tout en poursuivant les efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux.					
		Équilibre	Équilibre	↑	L'équilibre budgétaire est atteint

Légende : ↑ 100% et plus d'atteinte de la cible
 - entre 80% et 99,9% d'atteinte de la cible
 ↓ moins de 80% d'atteinte de la cible

DONNÉES FINANCIÈRES

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Exploitation	Immobilisations	Total	
	Ex. courant	Ex. courant	Ex. courant	Ex. précédent
	(r.de p358,C3)		(C1 + C2)	
	1	2	3	4
REVENUS				
Subventions Agence et MSSS (FI:P408).....01	28,895,971	1,024,810	29,920,781	28,221,788
Subventions Gouvernement du Canada (FI:P294).....02	16,217		16,217	16,335
Contributions des usagers.....03	2,594,389	xxxx	2,594,389	2,546,562
Ventes de services et recouvrements.....04	160,007	xxxx	160,007	171,737
Donations (FI:P294).....05		376,700	376,700	341,162
Revenus de placement (FI:P302).....06	14,571		14,571	12,917
Revenus de type commercial.....07	212,626	xxxx	212,626	213,649
Gain sur disposition (FI:P302).....08				2,500
.....09	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
.....10	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres revenus (FI:P302).....11	12,974		12,974	8,895
TOTAL (L.01 à L.11).....12	31,906,755	1,401,510	33,308,265	31,535,545
CHARGES				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales.....13	24,509,282	xxxx	24,509,282	23,018,537
Médicaments.....14	631,085	xxxx	631,085	385,472
Produits sanguins.....15	183,449	xxxx	183,449	146,781
Fournitures médicales et chirurgicales.....16	728,263	xxxx	728,263	670,132
Denrées alimentaires.....17	491,823	xxxx	491,823	453,990
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles.....18	301,663	xxxx	301,663	192,193
Frais financiers (FI:P325).....19		159,368	159,368	149,142
Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations.....20	313,690	87,410	401,100	377,968
Créances douteuses.....21	8,613	xxxx	8,613	9,455
.....22	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Amortissement des immobilisations (FI:P422).....23	xxxx	1,192,428	1,192,428	1,078,652
Perte sur disposition d'immobilisations (FI:P420, 421).....24	xxxx			
.....25	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
.....26	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres charges (FI:P325).....27	4,725,263	345	4,725,608	5,078,263
TOTAL (L.13 à L.27).....28	31,893,131	1,439,551	33,332,682	31,560,585
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28).....29				
	13,624	(38,041)	(24,417)	(25,040)

Colonne 2: établissements publics seulement

Pour une meilleure qualité de vie

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉE

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

	Fonds		Total	
	Exploitation	Immobilisations	Ex. courant (C1 + C2)	Ex. précédent
	1	2	3	4
ACTIFS FINANCIERS				
Encaisse (découvert de banque).....01	184,233	109,326	293,559	999,802
Placements temporaires.....02				
Débiteurs - Agence et MSSS (FE:p.362,FI p408).....03	746,116	16,131	762,247	106,766
Autres débiteurs (FE:p360, FI: P400).....04	520,564	248,344	768,908	878,621
.....05	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Créances interfonds (dettes interfonds).....06	1,460,491	(1,460,491)	0	0
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE:p362, FI:p408).....07	2,090,055	(4,292,305)	(2,202,250)	(3,005,877)
Placements à long terme.....08		844,210	844,210	849,462
Frais reportés liés aux dettes.....09		31,098	31,098	17,569
.....10	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
.....11	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres éléments (FE: p360, FI: p400).....12		74,465	74,465	8,200
TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12).....13	5,001,459	(4,429,222)	572,237	(145,457)
PASSIFS				
Emprunts temporaires (FI: p403).....14		94,799	94,799	2,175,457
Créditeurs - Agence et MSSS (FE: p362, FI: p408).....15				
Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: p361, FI: p401).....16	4,944,154	137,202	5,081,356	4,788,823
Avances de fonds en provenance de l'agence - enveloppes décentralisées.....17	xxxx	401,079	401,079	705,724
Intérêts courus à payer (FE: p361, FI: p401).....18		42,411	42,411	42,746
Revenus reportés (FE: p290 et 291, FI: p294).....19	96,653	5,191,443	5,288,096	5,446,985
.....20	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Dettes à long terme (FE: p361, FI: p403).....21		5,109,033	5,109,033	2,342,736
Passifs environnementaux.....22	xxxx			
.....23	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
.....24	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres éléments (FE: p361, FI: p401).....25				
TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25).....26	5,040,807	10,975,967	16,016,774	15,502,471
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.13 - L.26).....27	(39,348)	(15,405,189)	(15,444,537)	(15,647,928)
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations (FI: p420, 421, 422).....28	xxxx	15,489,645	15,489,645	15,899,855
Stocks de fournitures (FE: p360).....29	388,029	xxxx	388,029	408,950
Frais payés d'avance (FE: p360, FI: p400).....30	291,487		291,487	88,164
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30).....31	679,516	15,489,645	16,169,161	16,396,969
CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT.....32				
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32).....33	640,168	84,456	724,624	749,041

Obligations contractuelles (pages 362 et 401)

Éventualités (pages 362 et 401)

Colonne 2: établissements publics seulement

L.06, C.3: le montant doit être égal à zéro

L.32 : applicable aux établissements privés seulement

Pour une meilleure qualité de vie

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉE

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

	Fonds		Total	
	Exploitation 1	Immobilisations 2	Ex. courant (C1 + C2) 3	Ex. précédent 4
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT				
DÉJÀ ÉTABLIS.....01	167,471	(15,815,399)	(15,647,928)	(15,439,757)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures.....02				
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures.....03				
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT				
REDRESSÉ (L.01 à L.03).....04	167,471	(15,815,399)	(15,647,928)	(15,439,757)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P.200 L.29).....05	13,624	(38,041)	(24,417)	(25,040)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS				
Acquisitions (FI:P421).....06	xxxx	(782,218)	(782,218)	(1,209,629)
Amortissement de l'exercice (FI:P208).....07	xxxx	1,192,428	1,192,428	1,078,652
(Gain)/Perte sur dispositions (FI:P208).....08	xxxx			
Produits sur dispositions (FI:P208).....09	xxxx			
Réduction de valeurs (FI:P208).....10	xxxx			
Ajustements des immobilisations (FI:P420, 421-00).....11	xxxx			
Intérêts capitalisés.....12	xxxx			
Coûts indirects capitalisés.....13	xxxx			
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L.06 à L.13).....14	xxxx	410,210	410,210	(130,977)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE				
Acquisition de stocks de fournitures.....15	20,921	xxxx	20,921	(17,208)
Acquisition de frais payés d'avance.....16	(203,323)	xxxx	(203,323)	(34,946)
Utilisation de stocks de fournitures.....17		xxxx		
Utilisation de frais payés d'avance.....18		xxxx		
TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L.15 à L.18).....19	(182,402)	xxxx	(182,402)	(52,154)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés.....20	(38,041)	38,041	0	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.05 + L.14 + L.19 + L.20).....21	(206,819)	410,210	203,391	(208,171)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L.04 + L.21).....22	(39,348)	(15,405,189)	(15,444,537)	(15,647,928)

Pour une meilleure qualité de vie

Fonds d'exploitation

exercice terminé le 31 mars 2012 - AUDITÉE

ÉTAT DES RÉSULTATS

	Activités principales 1	Activités accessoires 2	Total (C1 + C2) 3	Ex. précédent 4
REVENUS				
Subventions Agence et MSSS (P362).....01	28,895,971		28,895,971	27,352,368
Subventions Gouvernement du Canada (C1:P290/C2:P291).....02		16,217	16,217	16,335
Contributions des usagers (P301).....03	2,594,389	xxxx	2,594,389	2,546,562
Ventes de services et recouvrements (P320).....04	160,007	xxxx	160,007	171,737
Donations(C1:P290/C2:P291).....05				0
Revenus de placement (P302).....06	14,571		14,571	12,917
Revenus de type commercial (P351).....07	xxxx	212,626	212,626	213,649
Gain sur disposition (P302).....08				0
.....09	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
.....10	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres revenus (P302).....11	12,974		12,974	8,895
TOTAL (L.01 à L.11).....12	31,677,912	228,843	31,906,755	30,322,463
CHARGES				
Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C1:P320/C2:P351).....13	24,435,971	73,311	24,509,282	23,018,537
Médicaments (P333).....14	631,085	xxxx	631,085	385,472
Produits sanguins.....15	183,449	xxxx	183,449	146,781
Fournitures médicales et chirurgicales (P340).....16	728,263	xxxx	728,263	670,132
Denrées alimentaires.....17	491,823	xxxx	491,823	453,990
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650).....18	301,663	xxxx	301,663	192,193
Frais financiers (P325).....19		xxxx		0
Entretien et réparations (C1:P650 c/a 7800).....20	313,690		313,690	354,741
Créances douteuses (C1:P301).....21	8,613		8,613	9,455
.....22	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
.....23	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx
Autres charges (P325).....24	4,596,463	128,800	4,725,263	5,270,354
TOTAL (L.13 à L.24).....25	31,691,020	202,111	31,893,131	30,501,655
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25).....26	(13,108)	26,732	13,624	(179,192)



Pour une meilleure qualité de vie

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

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

exercice terminé le 31 mars 2012

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

Nous avons procédé, conformément à l'article 293 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec et de l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux, à l'audit des unités de mesure et des heures travaillées et rémunérées pour l'exercice terminé le 31 mars 2012. Ces informations compilées par le Centre de santé et des services sociaux du Haut-Saint-Laurent selon les définitions et explications contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, sont incluses dans le rapport financier annuel aux pages 330, 352, 650 et 660. La responsabilité de ces unités de mesure et de ces heures travaillées et rémunérées compilées selon les définitions et explications contenues au Manuel de gestion financière (MGF) incombe à la direction de l'établissement. Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces informations en nous fondant sur nos travaux d'audit.

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

À notre avis, à l'exception des éléments mentionnés à l'annexe au rapport de l'auditeur, les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées du Centre de santé et des services sociaux du Haut-Saint-Laurent ont été compilées, dans tous leurs aspects significatifs, pour l'exercice terminé le 31 mars 2012 conformément aux définitions et explications contenues dans le MGF publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Société de comptables professionnels agréés
Vaudreuil-Dorion, le 13 juin 2012

1 CPA auditeur, CA permis no 12746

ANNEXE 1

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

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

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

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

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

1. COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

1.1. Adoption par le conseil d'administration du règlement instituant le comité: Oui Non

1.2. Date de la mise en place du comité: **Février 2007**

1.3. Nombre de membres: **14**

1.4. Membres: **(voir annexe 2 pour la composition du comité)**

1.5. Nombre de réunions tenues par le comité pour l'année budgétaire en cours: **2 sur 4**

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

- **Renforcement sur le programme de prévention des chutes et le suivi post-chute**
- **Diffusion et expérimentation du plan de désastre et exercice statutaire à poursuite**

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

- **Surveillance clinique des opiacés dans tous les programmes de soins du CSSHSL**
- **Diffusion du plan de désastre, déploiement des exercices d'un ensemble de programme cliniques**
- **Renforcement sur les alternatives à la contention**

2. DIVULGATION DE TOUT ACCIDENT

2.1. Adoption par le conseil d'administration du règlement sur les règles relatives:

- à la divulgation de toute l'information nécessaire lorsque survient un accident: Oui Non
- aux mesures de soutien incluant les soins appropriés: Oui Non
- aux mesures pour prévenir la récurrence d'un tel accident: Oui Non

2.2. Si oui, date de mise en vigueur du règlement: **Janvier 2007 Révision février 2011**

2.3. Les règles de divulgation sont respectées:

Jamais Quelques fois La plupart du temps Difficile à savoir

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

Jamais Quelques fois La plupart du temps Difficile à savoir

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

Jamais Quelques fois La plupart du temps Difficile à savoir

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

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

3.1. Nombre d'incidents déclarés pour l'année budgétaire en cours: **153**

3.2. Nombre d'incidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse: **153**

20 % 40 % 60 % 80 % 100 %

3.3. Nombre d'incidents déclarés où des mesures ont été prises pour en prévenir la récurrence: **153**

20 % 40 % 60 % 80 % 100 %

3.4. Nombre d'accidents déclarés pour l'année budgétaire en cours: **755**

3.5. Nombre d'accidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse approfondie: **755**

20 % 40 % 60 % 80 % 100 %

3.6. Nombre d'accidents déclarés où des mesures ont été prises pour en prévenir la récurrence: **755**

20 % 40 % 60 % 80 % 100 %

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

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

3.8. Durée moyenne de jours additionnels d'hospitalisation (prolongation) consécutifs aux accidents déclarés: **12**

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

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

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

4. AGRÉMENT DES SERVICES DISPENSÉS

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

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

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

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

4.5 Agrément obtenu: Oui Non

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

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

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

ANNEXE 2

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

AU 31 MARS 2012

Membres des comités du
CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DU HAUT-SAINT-LAURENT

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Dre Lafrenière, Renée	Collège des médecins, dentistes et pharmaciens
Monsieur Villeneuve, Alain	Conseil des infirmières et infirmiers
Madame Briand, Esther	Conseil multidisciplinaire
Madame Chouinard, Johanne	Personnel non clinique
Madame L'Heureux, Heather	Comité des usagers
Monsieur Reddick, Milton	Comité des usagers
Me Therrien, René	Fondations
Madame Lachance-Legault, Louise	Population
Monsieur Bourdeau, Jean-Gilles	Population
Monsieur d'Aoust, David Charles	Agence de la Montérégie
Madame Laliberté, Ilse	Agence de la Montérégie
Monsieur St-Onge, Jean-guy	Cooptation (org. communautaire)
Monsieur MacWilliam, John	Cooptation
Monsieur Billette, Albert	Cooptation
Madame Pilon, Dolorès	Cooptation
Madame Lavallée, Hélène	Cooptation
Monsieur Stacey, Connor	Cooptation
Madame Doucet, Sophie	Directrice générale



CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Houle, Nathalie	Présidente
Chiasson, Anne	
Viau, Martine	

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

Dr Vandor, Tom	Président intérimaire
Doucet, Sophie	Directrice générale
Dr Aikin, Ken	
Dr Geukjian, S.K.	
Dr Kadoch, Harry	
Dr Kingsley, Normand	
Dr Lemieux, Raymond	

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Landry, Monique	Présidente
Dagenais, Paulette	
Demers, Jacinthe	
Lemieux, Marie-Christine	
Richer, Line	
Savoie, Claudette	



Pour une meilleure qualité de vie

COMITÉ ADMINISTRATIF DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Reddick, Milton	Président
Bourdeau, Jean-Gilles	Vice-président
Doucet, Sophie	Directrice générale et secrétaire
L'Heureux, Heather	Membre du comité de vérification
Stacey, Connor	Membre du comité de vigilance

COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

Beaulieu, Diane	Conseillère en soins spécialisés, qualité et gestion des risques
Benoit, Mireille	Chef administration des services généraux
Bougie, Stéphane	Chef de service hygiène et salubrité
Carignan, Michel	Chef des laboratoires et imagerie médicale
Champagne, Louise	Conseillère cadre en prévention et contrôle des infections
Chiasson, Anne	Directrice des soins infirmiers, de la qualité des services, gestion des risques et agrément
Poste à combler	Membre du conseil d'administration
Clément, Debbie	Chef administration programmes PALV
Doucet, Sophie	Directrice générale
Goneau, Sophie	Pharmacienne
Dr Kingsley, Normand	Directeur des affaires médicales
L'Heureux, Heather	Présidente du comité des usagers
Parent, Yves	Directeur des services financiers et du soutien technique
Tardif, Manon	Chef clinico-administratif du programme santé physique

COMITÉ DES USAGERS

L'Heureux, Heather	Présidente
Bourdeau, Jean-Gilles	Vice-président
Fontaine, Pierre	
Giguère, Mireille	
Himbeault Greig, Madeleine	Secrétaire
Hope, Ginette	Trésorière
Pilon, Dolorès	
Reddick, Milton	
Shewchuck, Mary	
Sproule, Pat	

COMITÉ DE VÉRIFICATION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

L'Heureux, Heather	Présidente du comité
Lachance-Legault, Louise	
Therrien, René	

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Stacey, Connor	Président du comité
Billette, Albert	Vice-président
Bury, Michael	Commissaire aux plaintes
L'Heureux, Heather	Représentante du comité des usagers

ANNEXE 3

Code d'éthique et de déontologie

Des administrateurs

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

DÉCLARATION DE PRINCIPES

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

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

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

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

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

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

- **Primauté des intérêts de la population à desservir**
- **Utilisation efficiente et équitable des ressources de l'établissement**

En conséquence, les administrateurs s'engagent également à respecter chacune des dispositions du présent Code d'éthique et de déontologie applicables à chacun des administrateurs du Centre de Santé et de services sociaux du Haut-Saint-Laurent.

I. OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

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



Pour une meilleure qualité de vie

2. Tout administrateur de l'établissement est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par les lois, les règlements et le présent Code. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent. L'administrateur doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles. Il doit organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions. L'administrateur est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'établissement, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme, entreprise ou association, ou en est membre.
3. L'administrateur doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine, des droits fondamentaux de la personne, des besoins de services des individus et des groupes le plus près possible de leur milieu de vie et d'une gestion efficiente des ressources mises à la disposition de l'établissement.
4. Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt du Centre de Santé et de Services sociaux du Haut-Saint-Laurent et de la population desservie.

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

II DÉFINITIONS

5. Dans le présent Code les mots et expressions suivantes ont le sens qui y apparaît, à moins que le contexte n'indique un sens différent :
 - a) « **administrateur** » désigne un membre (incluant le directeur général) du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Laurent;
 - b) « **association ou entreprise** » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'établissement;
 - c) « **code** » désigne le présent Code;
 - d) « **conflit d'intérêts** » désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation ou apparence de situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;
 - e) « **conseil d'administration** » désigne le conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Laurent ;
 - f) « **proche** » désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère et la sœur de l'administrateur. Cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur;
 - g) « **établissement** » désigne le Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Laurent.

III DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR PENDANT SON MANDAT

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

À cette fin, l'administrateur:

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

L'ADMINISTRATEUR AGIT AVEC SOIN, PRUDENCE, DILIGENCE ET COMPÉTENCE

Disponibilité et participation active

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

Soin et compétence

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

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

Neutralité

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

Activités politiques

15. Le président du conseil d'administration et le directeur général doivent éviter de manifester publiquement leurs allégeances politiques partisans.
16. Le président du conseil d'administration et le directeur général qui ont l'intention de présenter leur candidature à une charge publique élective doivent en informer le conseil d'administration.

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

Discrétion

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

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

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

Relations publiques

23. L'administrateur respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public ou chaque individu et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibé par les lois.
24. Lorsque requis, l'administrateur donne au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir; s'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le directeur général.
25. L'administrateur adopte une attitude de dignité, de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.

26. L'administrateur reconnaît que le président du conseil d'administration est le représentant du conseil et que le directeur général ou la personne que ce dernier désigne agit à titre de porte-parole de l'établissement vis-à-vis le public ou lors de représentations auprès d'un tiers.

L'ADMINISTRATEUR AGIT AVEC HONNÊTETÉ ET LOYAUTÉ

À cette fin, l'administrateur:

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

L'administrateur contribue à la réalisation de la mission de l'établissement dans son meilleur intérêt. Dans ce cadre, il doit mettre à profit ses connaissances, ses aptitudes et son expérience de manière à favoriser l'accomplissement efficient, équitable et efficace des mandats de l'établissement et de l'administration de tous les biens qu'il possède ou dont il a la garde.

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

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

Conflits de devoirs ou d'intérêts

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

L'administrateur et les conflits d'intérêts

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

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

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

L'administrateur et les conflits de rôle

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

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

Le directeur général et les conflits d'intérêts

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

Le conseil d'administration doit, dès qu'il constate que le directeur général se trouve en conflit d'intérêts, prendre des mesures afin d'intenter un recours en déchéance de charge contre lui. Il doit en outre, dans les 10 jours qui suivent, en informer par écrit l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie (ADRLSSSM) en lui indiquant la nature du cas et les mesures qu'il a prises.

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

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

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

L'exclusivité de fonctions du directeur général

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

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

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



Pour une meilleure qualité de vie

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

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

Il peut également occuper une charge publique élective.

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

Biens de l'établissement

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

Avantages ou bénéfices indus

38. L'administrateur se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.
39. L'administrateur ne peut, pour lui ou un tiers, accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaires avec l'établissement, ou agissant au nom ou pour le bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens.

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

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

Transparence

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

Interventions abusives

44. Hormis le directeur général, l'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sauf l'engagement du directeur général ou de tout cadre supérieur.
45. L'administrateur s'abstient de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches.
46. L'administrateur s'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme ou une personne et l'établissement.
47. L'administrateur s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des séances; à ce titre, il reconnaît l'autorité du président du conseil d'administration dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté du conseil d'administration ou de toute autre instance de l'établissement.
48. L'administrateur respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.
49. L'administrateur respecte l'intégrité et la bonne foi des administrateurs et du personnel de l'établissement; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité ou sur la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera l' huis clos pour ce faire.
50. L'administrateur évite, dans le cadre d'une séance, d'afficher sa position par des signes extérieurs, il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.
51. L'administrateur peut faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.
52. L'administrateur évite de porter atteinte, par des propos immodérés, à la réputation de l'établissement, de toutes les personnes qui y œuvrent ou de toute autre personne.