



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

Haut-Saint-Laurent Health
and Social Services Centre

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2009-2010

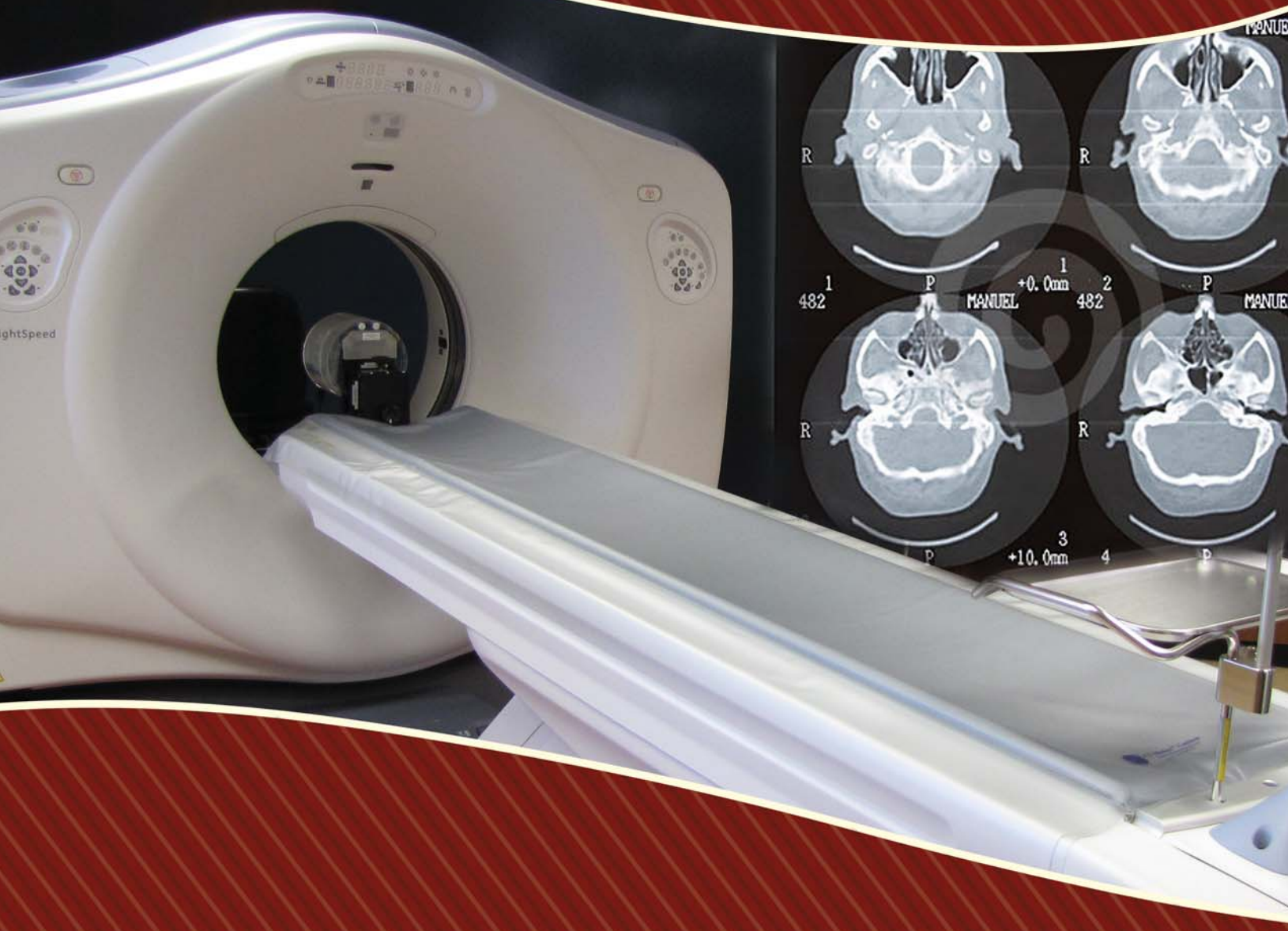




TABLE DES MATIÈRES

Mot du président du conseil d'administration et du directeur général.....	02
Déclaration de fiabilité des données.....	03
Présentation de l'établissement et organigramme.....	03
Mission et principes directeurs.....	05
Faits saillants de l'établissement (programmes et services).....	06
Direction des programmes de santé physique, services généraux et affaires médicales.....	06
Direction des soins infirmiers, qualité des services, gestion des risques et agrément.....	09
Direction des programmes personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et déficience physique.....	11
Direction des programmes de santé publique, famille, enfance, jeunesse, santé mentale et sécurité civile.....	12
Direction des ressources humaines et informationnelles.....	14
Direction des services financiers et du soutien technique.....	14
Bilan de la commissaire locale aux plaintes.....	15
Fondations du CSSS.....	15
Conseils et comités du CSSS.....	16
Suivi de l'entente de gestion.....	17
Données financières.....	22
Annexe 1 Informations sur la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux.....	26
Annexe 2 Conseils et comités d'administration du CSSS du Haut-Saint-Laurent.....	30
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

Conformément aux dispositions de la Loi sur la santé et les services sociaux, nous vous présentons le rapport annuel de gestion pour l'année 2009-2010, qui a été marquée par des changements significatifs au sein de notre CSSS. Nous vous présentons les grandes lignes en termes de défis et de réalisations de notre organisation au cours de la dernière année où chaque action et chaque geste ont compté. Un CSSS est un rouage avec de multiples facettes afin de bien fonctionner.

Changement de cap au poste de directeur général

L'année 2009-2010 fut tout d'abord marquée par un changement de cap à la direction générale avec le départ de monsieur Guy Deschênes après 17 années passées au sein de notre organisation. Madame Sophie Doucet est entrée en fonction comme directrice générale le 15 mars 2010.

Nous avons aussi procédé au recrutement d'un cadre supérieur, monsieur Jean Déry, pour combler le poste de directeur des services financiers et techniques tout comme à l'embauche d'un directeur des affaires médicales, monsieur Normand Kingsley, au cours de la dernière année.

À la fine pointe de la technologie

Au 1er avril 2010, les travaux de rénovation à l'Hôpital Barrie Memorial au niveau de la salle d'urgence et de son département d'imagerie médicale avec l'acquisition d'un tomodensitomètre étaient terminés. Le département de l'urgence est pourvu maintenant d'un tout nouvel aménagement fonctionnel à la fine pointe de la technologie et est doté de cinq civières d'observation offrant une meilleure accessibilité pour la clientèle. Installé dans le département d'imagerie médicale rénové et agrandi pour l'occasion, le tomodensitomètre permet au CSSS du Haut-Saint-Laurent d'offrir une gamme complète de services d'imagerie médicale, offrant ainsi un meilleur service à la population dans la mesure où les diagnostics seront beaucoup plus rapides et efficaces. Le temps d'attente des usagers pour ce genre d'examen est ainsi diminué.

Notre organisation a terminé au cours de l'année financière l'intégration des installations téléphoniques de tous les établissements qui sont sous notre gouverne afin de répondre aux objectifs de télécommunication du MSSS. Notre clientèle peut nous joindre par un seul numéro et éviter également les frais d'interurbains pour certains secteurs de notre territoire.

Pandémie

Nous ne pouvons passer sous silence un dossier qui a accaparé énormément nos équipes, soit la vaccination contre la grippe A(H1N1). La mobilisation et l'implication de l'ensemble des membres du personnel autour du dossier de la pandémie A(H1N1) se doit d'être soulignée. Toutes les directions ont été mises à contribution afin de mettre en place la structure de l'unique centre de vaccination sur le territoire du Haut-Saint-Laurent.

Équilibre budgétaire

En raison des efforts constants de chacun, l'année financière se terminant le 31 mars 2010 s'est soldée par un léger surplus budgétaire.

Défis pour 2010-2011

Nous devons, à brève échéance, travailler de concert avec nos partenaires et avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie afin de trouver des solutions structurantes et permanentes au problème aigu de pénurie de médecins auquel notre CSSS doit faire face quotidiennement. L'accès aux services médicaux pour les résidents du Haut-Saint-Laurent demeure la priorité absolue de l'organisation.

Remerciements

Malgré les bouleversements drastiques occasionnés par les activités reliées à la grippe A(H1N1), notre CSSS a fait en sorte d'assurer des services de qualité à notre population et nous remercions tout particulièrement le personnel. Nous voulons souligner également le soutien inconditionnel des gens qui nous soutiennent au fil des jours, chacun à leur manière, que ce soit les membres du conseil d'administration du CSSS et des Fondations, nos partenaires et nos bénévoles.

Nous vous invitons à parcourir le présent rapport annuel pour constater tout le travail réalisé en 2009-2010.

Milton Reddick
Président du conseil d'administration

Sophie Doucet
Directrice générale



DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2009-2010 du CSSS du Haut-Saint-Laurent:

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

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion sont fiables, c'est-à-dire objectives, exemptes d'erreurs et vérifiables, et qu'il en va de même pour les contrôles afférents aux données présentées. Ces données correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2010.

Sophie Doucet
Directrice générale

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLIS- SEMENT ET ORGANIGRAMME

Le Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Laurent est situé au sud-ouest de la Montérégie, à 45 minutes de Montréal. Il comprend quatre installations et un point de service qui offrent des services de première ligne à une population d'environ 25 200 personnes dont 70 % est francophone et 30 % est anglophone (données de 2008, Institut de la statistique du Québec).

Le CSSS du Haut-Saint-Laurent compte à la fois sur le dévouement et l'engagement de ses intervenants ainsi que sur l'appui de la communauté pour assurer une qualité de services dans un contexte de continuité et d'amélioration continue.

Installations :

UN NUMÉRO UNIQUE 450-829-2321

CSSS du Haut-Saint-Laurent (siège social)

28, rue Gale, Ormstown, Québec J0S 1K0
Télec. : 450-829-3582



Hôpital Barrie Memorial

28, rue Gale, Ormstown, Québec J0S 1K0
Télec. : 450-829-3582



Centre d'hébergement d'Ormstown

65, rue Hector, Ormstown, Québec J0S 1K0
Télec. : 450-829-3110



Centre d'hébergement de Huntingdon

198, rue Châteauguay, Huntingdon, Québec J0S 1H0
Télec. : 450-264-4923



CLSC Huntingdon

10, rue King, suite 200, Huntingdon, Québec J0S 1H0
Télec. : 450-264-6801



CLSC Huntingdon Point de service

21, rang St-Anne, St-Chrysostome, Québec J0S 1R0
Télec. : 450-826-4239

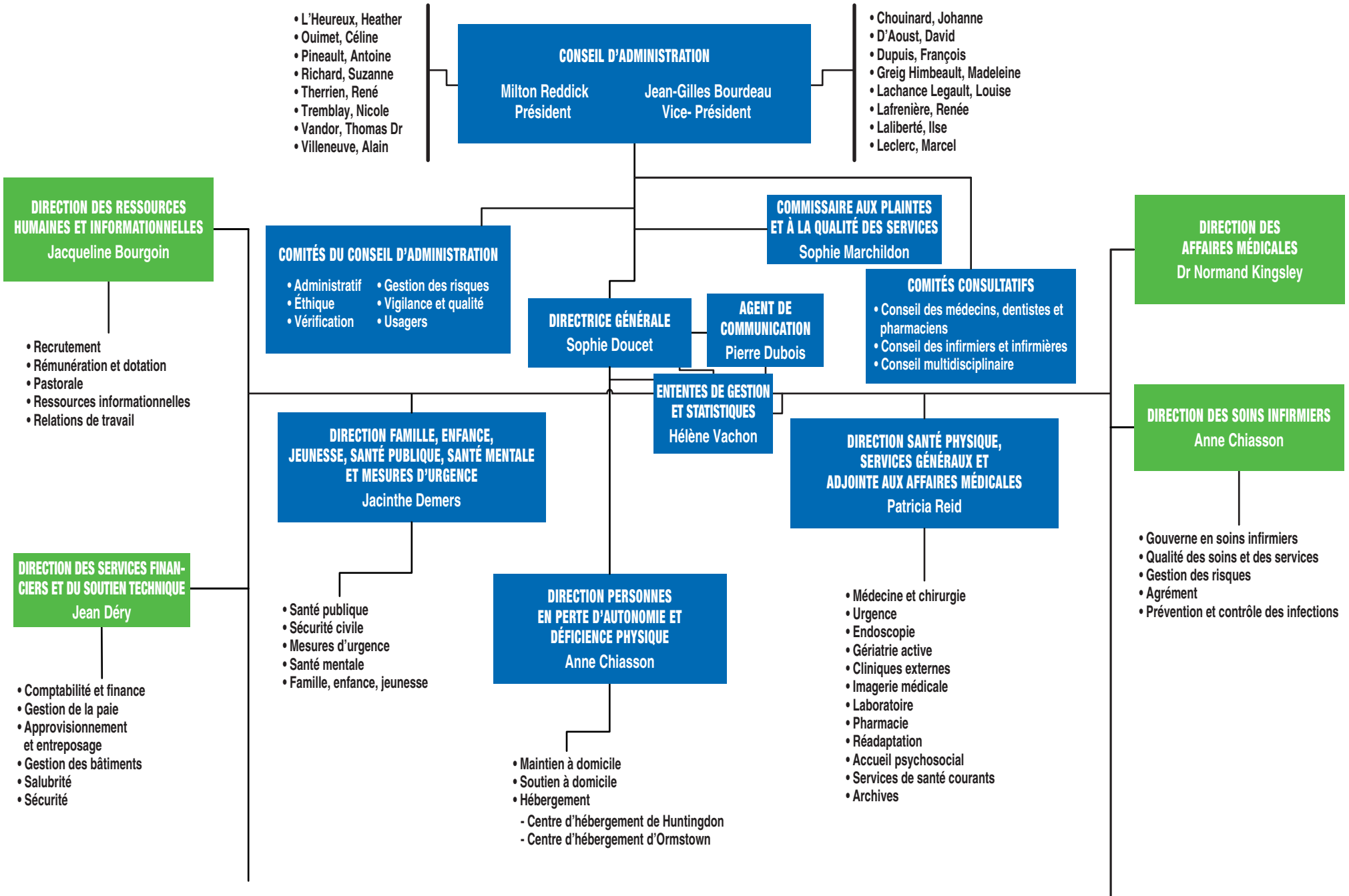


Nombre d'employés

509

Nombre de lits

Courte durée	49
Longue durée	125
Hébergement temporaire	9





LA MISSION ET LES PRINCIPES DIRECTEURS DU CSSS DU HAUT-SAINT-LAURENT

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'emphase 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 sociologique;
- **Des services efficaces et sécuritaires** en utilisant de façon optimale ses propres ressources humaines, physiques et financières;
- **Des services adaptés à la population**, mis en évidence par des études sur le territoire.



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

Haut-Saint-Laurent Health
and Social Services Centre



FAITS SAILLANTS DE L'ÉTABLISSEMENT PROGRAMMES ET SERVICES

DIRECTION DES PROGRAMMES DE SANTÉ PHYSIQUE ET DES SERVICES GÉNÉRAUX

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

Département de l'urgence

Le département de l'urgence a réintégré ses locaux en septembre 2009. Certains concepts de la méthode *Lean*, préconisés par le ministre de la Santé et des Services sociaux, Dr Yves Bolduc, ont permis de rendre les nouveaux locaux plus efficaces et fonctionnels. De plus, l'aménagement a permis d'augmenter la confidentialité due à la diminution de la circulation à l'intérieur du département.

Le département de l'urgence est à la fine pointe de la technologie avec l'ajout d'une chambre à pression négative, d'une console de surveillance pour les cinq civières d'observation qui sont toutes équipées d'un moniteur cardiaque, d'un échographe mobile et d'un cabinet à distribution automatisé de médicaments. La collaboration des équipes médicales et infirmières a permis de réduire le pourcentage des durées de séjour de plus de 48 heures à l'urgence, mais cette situation demeure un défi quotidien.

Indicateurs	Années	Moyenne annuelle	Cible
Séjour moyen de patients sur civière (en heures).	08-09	12,4	12,0
	09-10	14,0	12,0
Séjour moyen de patients de 75 ans et plus sur civière (en heures).	08-09	17,0	13,05
	09-10	17,7	12,0
Pourcentage de patients sur civière (plus de 48h).	08-09	1,9	1,25
	09-10	1,7	0
Pourcentage de patients sur civière (plus de 48h chez les 75 ans et plus).	08-09	3,4	1,0
	09-10	2,7	0
Durée moyenne de séjour des patients sur civière Santé mentale (en heures).	08-09	12,8	10,9
	09-10	13,2	12,0
Pourcentage de patients sur civière Santé mentale (plus de 48h).	08-09	2,1	0,5
	09-10	1,2	0

Endoscopie

De grands progrès ont été réalisés dans la réduction de l'attente en endoscopie (gastroskopie et coloscopie). La modernisation du système d'endoscopie, la gestion des listes d'attente par le logiciel SIMASS et la disponibilité des ressources humaines, avec l'addition d'une journée d'endoscopie de plus par semaine, sont les principaux facteurs de ce succès. Le temps d'attente a ainsi été réduit d'un an et demi à moins de 6 mois.

Nombre d'endoscopies effectuées
2008-2009 : 828
2009-2010 : 1086

Bloc opératoire

Au bloc opératoire, avec l'accueil de deux nouveaux anesthésistes et d'une nouvelle inhalothérapeute, la liste d'attente demeure quasi inexistante et les chirurgies se font habituellement sur une période n'excédant pas un mois après la consultation avec le chirurgien. Le nombre de chirurgies avec hospitalisation ne cesse de s'accroître au fil des années.

Intervention	08-09	09-10	Cible	Écart
Chirurgie avec hospitalisation	67	138	136	+2
Chirurgie d'un jour	320	282	319	-37

Médecine et chirurgie

En 2009-2010, la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés a diminué de 15,2 à 11,5 jours grâce au comité d'orientation, de la disponibilité de lits en CHSLD et l'ajout d'une infirmière de liaison. L'accès rapide à l'angiographie dans un centre hospitalier tertiaire a aussi permis de réduire la durée d'hospitalisation.

Clinique de soins de plaies

649 usagers se sont présentés afin d'avoir une expertise sur le meilleur traitement lié à leur condition.



Clinique d'ophtalmologie

1023 usagers ont reçu les services de la clinique d'ophtalmologie en 2009-2010.

Clinique de diabète

167 nouveaux usagers ont été vus et 14 sessions d'enseignement ont été offertes.

PECCO

Le service de prise en charge de la clientèle orpheline (PECCO) et vulnérable connaît un succès malgré la pénurie de médecins sur le territoire. Les CSSS limitrophes aident à pallier à ce manque d'effectifs en acceptant de prendre en charge quelques catégories d'usagers, notamment la clientèle pédiatrique.

L'équipe PECCO offre aux médecins une formule intéressante pour leur permettre une plus grande facilité pour le suivi des nouveaux patients. Cette année, 52 usagers ont été pris en charge par un médecin dont plus de la moitié (30) avait un indicateur de vulnérabilité reconnu par la RAMQ. Les médecins du territoire du Haut-Saint-Laurent ont pris en charge 73% des usagers qui ont un suivi sur leur territoire de CSSS. L'arrivée de nouveaux médecins en 2010-2011 contribuera à réduire la durée d'attente pour l'accès à un médecin de famille.

Service de réadaptation

Malgré les nombreux congés parentaux et la relocalisation des locaux causée par le réaménagement de la salle d'urgence, une stabilisation du temps d'attente à 18 mois est à noter (162 patients en attente de traitement en avril 2009 en physiothérapie comparativement à 161 au 31 mars 2010). Les efforts soutenus de l'équipe et les politiques instaurées ont permis la poursuite des prises en charge des cas prioritaires dans les délais prescrits. La réduction de la liste et des délais d'attente demeurent indéniablement la priorité de l'équipe de réadaptation. Bien que le nombre total de prises en charge soit identique à l'an passé, il y a une hausse des heures de prestation des services en physiothérapie externe. Une augmentation de la lourdeur de la clientèle (cas multipathologiques) est à souligner.

Volume d'activités

Heures de prestation des services	06-07	07-08	08-09	09-10
Secteur physiothérapie	4408	6159	6498	6630
Secteur ergothérapie	2677	3025	3231	2998

Services de santé courants

Afin d'assurer une meilleure couverture des services, de permettre une plus grande mobilité du personnel et pour uniformiser les pratiques cliniques, les centres d'activités de services de santé courants et du groupe de médecine familiale (GMF) ont été fusionnés.

	2008-2009	2009-2010
Nombre d'usagers différents:	1901	1636
Nombre d'interventions:	6665	6663
Nombre de prélèvements sanguins:	7061	7425

Il est à noter que dans un souci d'optimisation de l'efficacité des services et d'accessibilité à la population, le point de service de Sainte-Barbe (pour les prélèvements) a été relocalisé à Huntingdon depuis juin 2009. Durant l'année 2009-2010, les objectifs de mise en place d'un nouveau CAMI (Centre d'Accès au Matériel d'Injection) ont été atteints avec la formation du personnel de l'urgence. L'implantation du Plan thérapeutique infirmier, tel qu'exigé par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), a été effectuée pour les services de santé courants et les GMF.

Pour 2010-2011, les principaux objectifs visés seront une accessibilité aux usagers aux services d'une clinique santé- voyage en partenariat avec le CSSS du Suroît et de développer davantage l'offre des services en regard aux ITSS (infections transmissibles sexuellement et par le sang), en établissant un corridor de services afin d'atteindre les exigences et les priorités en santé publique.

Services psychosociaux

	2008-2009	2009-2010
Nombre total d'interventions	987	1020
Nombre d'usagers desservis	323	273
Nombre moyen d'interventions	3,06	3,74

Pour le nombre moyen d'interventions, la cible a non seulement été atteinte mais dépassée. Un réaménagement des heures d'ouverture et des horaires a été effectué permettant une meilleure utilisation des heures de présence à l'accueil psychosocial tout en offrant à la population une plus grande disponibilité au point de service du CLSC à Saint-Chrysostome.



Services d'inhalothérapie

	2008-2009	2009-2010
Nombre d'interventions	1310	1473

En 2009-2010, un travail d'harmonisation des appareils respiratoires utilisés dans les établissements du CSSS a été amorcé. Les services d'inhalothérapie ont sensiblement augmenté leur nombre d'interventions, notamment en apnée du sommeil. Une évaluation de la possibilité et la nécessité d'augmenter les services en apnée du sommeil devient nécessaire considérant les nouvelles demandes sans cesse croissantes.

Services diagnostiques

En 2009-2010, les statistiques démontrent que le laboratoire a connu une hausse d'analyse de 13 %.

	2008-2009	2009-2010
Procédures:	331436	357348
Valeur pondérée:	609045	643447
Prélèvements:	21117	21656

Le département d'imagerie médicale a ajouté à son parc d'appareils diagnostiques la tomodensitométrie. Les patients du CSSS peuvent ainsi bénéficier d'un examen dans des délais plus rapides. Au cours de la période financière de ce présent rapport, le département a noté une baisse au niveau des examens effectués. Ceci est probablement relié au ralentissement des services au cours de la période de rénovations lors de l'agrandissement des locaux des services diagnostiques en vue d'installer la tomodensitométrie.

	2008-2009	2009-2010
Procédures:	23452	22452
Valeur pondérée:	231308	250480

Patricia Reid

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

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

**Haut-Saint-Laurent Health
and Social Services Centre**





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

Avec la pandémie de grippe A(H1N1), les équipes soignantes ont dû réinventer leur rôle durant cette période pour travailler en synergie et répondre aux besoins de vaccination de la population tout en assurant la prestation des soins et des services de chacun des secteurs et des programmes. L'excellent professionnalisme a permis de répondre adéquatement à toutes les demandes et a démontré le niveau d'intégration des membres du CSSS.

Cette année, la direction des soins infirmiers, de la qualité des services, gestion des risques et agrément a accueilli dans sa structure un nouveau poste de conseillère en soins spécialisés.

Gestion des risques

L'année 2009-2010 a vu un renforcement de l'application de la loi 113 pour la prestation sécuritaire des soins et services. Un total de 577 accidents/incidents a été déclaré pour l'année 2009-2010. Les chutes représentent un pourcentage de 56,2% des déclarations incidents/accidents et les erreurs de médicaments, 30,5%.

Le comité de sécurité informationnelle mis en place a procédé à une tournée de sensibilisation dans l'ensemble des installations du CSSS au cours de laquelle 72% des employés ont signé un formulaire afin de renouveler leurs vœux de confidentialité des informations dans le cadre de leur travail. Un suivi sera effectué afin d'atteindre le 100%.

Prévention et contrôle des infections

Le plan d'action à la suite de la visite ministérielle d'appréciation des mesures de prévention et de contrôle des infections nosocomiales, en rapport avec le Clostridium Difficile, a été suivi et les recommandations ont été réalisées. Le dossier « pandémie » a beaucoup interpellé le service de prévention et contrôle des infections dans son expertise en matière d'information et de formation auprès des équipes. Cette année, le développement des approches en matière de prévention et contrôle des infections en CHSLD a fait l'objet d'une attention marquée. À cet effet, l'infirmière-conseil en prévention et contrôle des infections a participé au groupe de travail provincial portant sur la réalité des milieux de vie.

De plus, un suivi des analyses urinaires a été instauré pour les unités d'hébergement et les unités d'hospitalisation. Pour ce qui est du bloc opératoire, la vérification du retraitement des instruments a été faite tout comme le contrôle de l'usage unique.

Une éclosion de gastro-entérite s'est produite au Centre d'hébergement d'Ormstown avec 27 résidents sur 74 touchés et 30 employés sur 65. La période d'éclosion a duré 19 jours mais aucune conséquence clinique n'a été reliée à cet épisode.

Statistiques des infections relatives aux bactéries multirésistantes 2009-2010 :

- Sur les 26 cas de SARM, 12 cas sont des infections nosocomiales.
- Sur les 5 cas de ERV, 2 sont des infections nosocomiales.
- Sur les 11 cas de C. difficile, 8 sont des infections nosocomiales.

Programme « qualité »

Toujours dans le but d'assurer une approche d'amélioration continue de la qualité et d'assurer l'harmonisation des pratiques et des approches dans chacun des programmes du CSSS du Haut-Saint-Laurent, la direction des soins infirmiers, de la qualité des services, gestion des risques et agrément a procédé à la révision des différentes documentations et a proposé un cadre commun de présentation. À cet effet, des activités ont été réalisées, notamment le recensement des protocoles et des ordonnances collectives ou ordonnances permanentes en vigueur dans l'ensemble du CSSS, l'élaboration d'un canevas de base pour les ordonnances collectives en conformité avec celui proposé par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et l'élaboration d'ordonnances collectives pour l'uniformisation des deux centres d'hébergement du CSSS du Haut-Saint-Laurent.

Un programme d'utilisation optimale des fournitures, produits et équipements cliniques et médicaux a été élaboré visant une approche de pratiques exemplaires, soit la standardisation des fournitures médicales. Afin d'assurer une meilleure sécurité et une meilleure qualité en administration des médicaments, des cabinets automatisés ont été installés à l'urgence.



La formation est une mesure importante dans l'amélioration continue de la qualité. Des activités de formation mettant l'emphase sur la qualité des services ont été maintenues (chutes, erreurs de médicaments, contentions, plaies de pression, incident/accident, sécurité transfusionnelle, infections). Plusieurs heures de formation et d'orientation ont été dispensées dans les différentes missions du CSSS, soit 3532 heures d'orientation et 364 heures de formation aux différentes équipes de soins infirmiers.

Le plan thérapeutique infirmier est intégré comme une norme de pratique et les infirmières s'assurent du suivi des clientèles et des résidents en planifiant et donnant les directives à leurs collègues, infirmières auxiliaires et préposé(e)s aux bénéficiaires.

Programme d'Agrément

Les pratiques organisationnelles requises (POR) s'avèrent des pratiques essentielles. Afin d'obtenir l'agrément sans condition, il faut avoir 100% de taux de conformité. La moyenne d'atteinte de conformité pour presque tous les secteurs du CSSS est supérieure à 85%.

Les résultats d'Agrément Canada ont été diffusés auprès des membres du Conseil d'administration du CSSS et auprès des différentes équipes des programmes cliniques. Dans le but de poursuivre la réalisation des différents plans d'action visant l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et services dans le cadre des recommandations d'Agrément Canada, une analyse prospective a été effectuée notamment avec les équipes du département d'imagerie médicale afin d'évaluer le processus concernant le cheminement des requêtes d'examen à partir de la prescription, du traitement, de la réalisation, de la lecture/interprétation et de l'acheminement du résultat au demandeur. Également, les pratiques organisationnelles requises concernant la double identification et le programme préventif des équipements et fournitures ont été réalisées.



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

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

**Haut-Saint-Laurent Health
and Social Services Centre**



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

Mission de première ligne volet CHSLD

La mission des CHSLD est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel malgré le soutien de leur entourage.

Par une démarche d'harmonisation de l'administration des deux centres d'hébergement du CSSS du Haut-Saint-Laurent, il y eu conséquemment une harmonisation des pratiques et de l'application de l'approche milieu de vie.

L'implantation du dossier Fidélisation (le projet Forteress est toujours très actif en regard de la fidélisation des ressources infirmières en CHSLD), tout comme celui du plan thérapeutique infirmier, ont permis de valoriser le rôle de l'infirmière qui est maintenant beaucoup mieux outillée pour évaluer l'état de santé des résidents.

La visite ministérielle de février 2010 au Centre d'hébergement d'Ormstown a dégagé des résultats très positifs dans l'ensemble et a permis de faire un constat sur la qualité des soins et services offerts. Un plan d'action a été instauré et des sessions avec le personnel ont été mises sur pied. Les visiteurs ont souligné l'excellent travail des équipes et leurs préoccupations envers la clientèle.

Afin de favoriser l'utilisation de mesures alternatives à la contention, de nouveaux équipements ont été acquis afin de répondre à cet objectif. De plus, la totalité des infirmières des deux centres d'hébergement ont reçu la formation sur les mesures de contrôle, ainsi que presque toutes les infirmières auxiliaires. Il reste à former l'ensemble des préposé(e)s aux bénéficiaires.

La formation nationale pour les préposé(e)s aux bénéficiaires, Agir auprès de la personne âgée, s'est poursuivie. L'équipe de formateurs, en collaboration avec le comité milieu de vie et la responsable des loisirs, apporte son soutien aux activités planifiées pour stimuler le milieu de vie. Pour la clientèle, la formation des équipes a permis de mieux répondre aux besoins qui sont de plus en plus complexes.

Mission de première ligne volet CLSC

La mission du CLSC pour la clientèle 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.

Au secteur de soins à domicile (SAD), les équipes ont travaillé très fort à développer un partenariat avec la deuxième ligne, particulièrement avec les équipes de l'urgence, les équipes de médecine/chirurgie et les équipes de réadaptation. Les énergies ont été mises à répondre adéquatement et au moment requis à la prise en charge des clientèles ne nécessitant plus d'hospitalisation ou de séjour à l'urgence. Un poste d'infirmière pivot à la coordination des mesures de désengorgement de l'urgence a été mis sur pied afin d'assurer la liaison entre l'Hôpital Barrie Memorial à Ormstown et le CLSC de Huntingdon, permettant une meilleure planification du congé du client pour un retour à la maison ou dans son milieu substitut. Par ailleurs, la mise en place d'un quart de travail d'auxiliaire familiale et sociale de soirée (service inexistant auparavant), a favorisé grandement le maintien à domicile de la clientèle en perte d'autonomie.

Les équipes du SAD ont travaillé également à la consolidation de l'utilisation du logiciel SYMO, à l'implantation de la fiche info-santé 24/7 Web et à l'intégration du PTI informatisé. Le dossier pandémie a mobilisé les équipes dans le cadre de la vaccination et un exercice d'harmonisation des listes de clientèles vulnérables a été effectué.

Baucoup d'efforts ont été déployés pour accompagner les exploitants des neuf résidences privées du territoire du Haut-Saint-Laurent afin de permettre l'application de la loi 90 par les non-professionnels tout en poursuivant un soutien dans la complétion du processus de certification des résidences privées du territoire.

Ce faisant, le Haut-Saint-Laurent a été la première région en Montérégie à obtenir 100% de taux de certification pour ses résidences privées. De plus, au 31 mars 2010, le Haut-Saint-Laurent demeure la seule et l'unique région de la Montérégie à avoir obtenu un taux d'accréditation de 100%.



Le programme d'informatisation RSIPA (informatisation de l'outil d'évaluation multiclientèle) a été implanté, permettant aux intervenants de compléter cet outil à domicile à l'aide d'ordinateurs portables. De plus, il y a eu poursuite des travaux pour l'uniformisation des services de transport adapté sur le territoire. À cet effet, un numéro de téléphone unique pour joindre les différents transporteurs du territoire du Haut-Saint-Laurent a été instauré, ce qui simplifie grandement l'accès au service pour la clientèle.

Les intervenants du programme SAD ont desservi en 2009-2010:

	Usagers	Interventions	Nombre moyen d'interventions par usager
SAD - perte d'autonomie	541	11346	20,97
SAD - soins palliatifs	54	645	11,94
SAD - DP	114	4869	42,71
Services psychosociaux	273	1020	3,74

Lutte au cancer

Un nouveau poste d'infirmière de première ligne en oncologie s'est ajouté à cette équipe assurant un suivi personnalisé et spécialisé auprès de la clientèle ayant un cancer. Le développement d'une équipe hybride non exclusivement dédiée mais spécialisée en oncologie a vu le jour. Cette équipe se veut disponible à répondre aux besoins de la clientèle d'oncologie et s'inscrit dans une approche intégrée d'expertise.

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, plusieurs services sont regroupés tant sur le plan préventif que curatif et ces actions sont réalisées auprès de différentes clientèles. Au cours de la dernière année, le point qui a le plus retenu l'attention est sans nul doute la grippe A(H1N1). Cette situation a nécessité une grande mobilisation vers un seul objectif, soit la protection de la population. Tout le personnel du CSSS y a contribué. La synergie, la collaboration, le climat d'entraide et de soutien a permis de réaliser cette activité avec succès. L'implication des partenaires dans le milieu scolaire, municipal et communautaire ainsi que la participation des bénévoles sont à souligner. Plus de 12 000 personnes ont reçu le vaccin sur le territoire du Haut-Saint-Laurent.

Famille-Enfance-Jeunesse

445 jeunes en difficulté et leur famille ont été rejoints.

22 jeunes mamans de 18 ans et moins et 33 mamans de plus de 18 ans ont reçu des services spécifiques de l'équipe Petite enfance.

3463 interventions posées auprès de cette clientèle.

Plusieurs actions et plans d'interventions concertés réalisés avec des partenaires.

Petite enfance

Ces services couvrent l'ensemble des activités offertes aux jeunes jusqu'à l'entrée scolaire et à leur famille. Par la tenue de cliniques hebdomadaires situées à différents endroits sur le territoire, la vaccination est une activité bien connue et populaire sur le territoire du Haut-Saint-Laurent et permet de protéger les jeunes enfants.

Au sein de ces services, l'accent a été mis cette année sur l'allaitement. Le conseil d'administration a adopté la politique d'allaitement, soit un pas de plus vers l'accréditation «Établissement Ami des bébés». Les haltes allaitement se poursuivent à chaque mois avec en moyenne une quinzaine de mamans et leur bébé qui se présentent à chacune des rencontres.



Jeunesse

Ces services s'adressent à la clientèle de 5 à 17 ans inclusivement et à leur famille. Plus de 445 jeunes et leur famille ont reçu du soutien des intervenants. Ce soutien est offert autant à la clientèle vivant une situation de crise qu'en situation demandant un suivi plus régulier. Plusieurs intervenants ont été formés aux plans de services individualisés (PSI) permettant une meilleure concertation au chapitre des services impliquant plus d'un partenaire.

Vaccination

Les résultats démontrent que la clientèle collabore bien, permettant une bonne protection pour la population du territoire.

<p>Hépatite B 4^{ième} année du primaire 89%</p>	<p>Virus du papillome humain (VPH) 4^{ième} année du primaire 85%</p>
<p>Diphthérie coqueluche et tétanos (DCaT) 3^{ième} année du secondaire 98%</p>	<p>Virus du papillome humain (VPH) 3^{ième} année du secondaire 90%</p>

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

Dans le cadre du plan d'accès ministériel, un plan local afin d'améliorer l'accès aux services pour personnes ayant une déficience a été élaboré en concertation avec les différents secteurs d'activités offrant des services à cette clientèle. Plus de 70 clients ont reçu un suivi durant l'année financière permettant des services et des allocations de répit à plus de 50 familles.

Santé mentale

Dans la mesure où les services sont disponibles tant pour la clientèle jeunesse que adulte du territoire, beaucoup d'efforts ont été menés afin d'atteindre les ententes de gestion. Un comité intersectoriel a été mis sur pied afin de réduire la détresse sociale vécue sur le territoire du Haut-Saint-Laurent. Plusieurs actions concrètes ont été réalisées, notamment une série de publicités et affiches diffusées dans les journaux locaux afin d'inviter les gens à venir consulter, à appeler ou encore signaler l'état d'un proche qui les inquiète.

Activités réalisées:

- 276 personnes suivies en santé mentale adulte. ➤ Deux milieux sollicités pour *Sentinelle* (réseau de prévention du suicide).
- 27 personnes en suivi d'intensité variable. ➤ Entente avec l'organisme *Le Tournant* pour le suivi de la clientèle.
- 108 jeunes et leur famille suivis en santé mentale jeunesse. ➤ Protocole d'entente développé pour le soutien étroit de la clientèle à risques suicidaires.
- Plusieurs rencontres et actions réalisées par le comité intersectoriel pour contrer la détresse sociale ➤ Collaboration avec l'organisme *Ancre et Ailes* pour des groupes de support.

Santé publique

La santé publique est un vaste domaine où les actions sont omniprésentes en regard de la surveillance de l'état de santé de la population (comme par exemple en temps de grippe ou de chaleur accablante) et de la promotion de saines habitudes de vie (comme le programme 0-5-30 pour 0 tabac, 5 portions de fruits et légumes et 30 minutes d'activité physique quotidiennement). Concernant ce dernier dossier, un comité a été formé constitué d'intervenants de l'ensemble des installations du CSSS du Haut-Saint-Laurent pour en faire la promotion selon le plan d'action élaboré et adopté par l'organisation.

Sécurité civile

Le CSSS du Haut-Saint-Laurent a le mandat légal de mettre en place les mesures nécessaires pour le volet santé lors de situations de sinistre pouvant toucher sa communauté ou lors de situations d'urgence. Au cours de la dernière année financière, un plan local de sécurité civile a été mis sur pied ainsi que des plans locaux de mesures d'urgence. Dans ces documents, les mécanismes d'alerte et de mobilisation ont été définis tout comme la désignation des rôles et les responsabilités de chacun des responsables pour différentes situations.

Jacinthe Demers

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



DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET INFORMATIONNELLES

Main d'œuvre

Au cours de la dernière année, le taux de rotation a été de 9,5 % au sein du CSSS du Haut-Saint-Laurent en comparaison à 11 % pour la moyenne provinciale. Le CSSS a toujours de la difficulté avec le recrutement de postes spécialisés, notamment pour les postes de psychologue et d'ergothérapeute.

Ressources informationnelles

Un plan de sécurité informationnelle a été mis sur pied dans la mesure où il est de plus en plus important de former l'ensemble du personnel pour les questions de confidentialité et de sécurité des informations.

De plus, le système téléphonique pour l'ensemble des établissements a été modifié afin d'obtenir un numéro unique pour le CSSS du Haut-Saint-Laurent, soit le 450-829-2321, permettant à toute notre clientèle de nous joindre sans frais d'interurbain.

Entente de gestion

Assurance salaire

On constate une augmentation de l'assurance salaire. L'âge moyen des employés augmente au fil des années ainsi que le stress au travail comme éléments majeurs à prendre en considération.

Cible : 5,96% Ratio du CSSS : 6,18%

Heures supplémentaires

Le temps supplémentaire n'est pas obligatoire au sein du CSSS dans la mesure où une main-d'œuvre est disponible.

Cible : 5,62% Ratio du CSSS : 4,29%

Main-d'œuvre indépendante

En lien avec la rubrique ci-haut, une augmentation de la main-d'œuvre indépendante est à souligner.

Cible : 1,53% Ratio du CSSS : 3,14%

Jacqueline Bourgoïn

Directeure des ressources humaines et informationnelles

DIRECTION DES SERVICES FINANCIERS ET DU SOUTIEN TECHNIQUE

Volet financier

Le budget d'exploitation pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2010 se solde par un équilibre budgétaire. L'état financier contenu dans le présent rapport annuel a été préparé par la direction des services financiers et du soutien technique qui en assure la fiabilité, l'objectivité et l'intégralité durant toute l'année financière. Ayant procédé à l'analyse des états financiers et des registres comptables, la firme Bourassa Boyer Inc. indique que l'établissement s'est conformé aux dispositions de la loi et des règlements sur la gestion financière des établissements.

Volet services techniques

Plusieurs projets techniques ont été complétés en 2009-2010 afin d'offrir un meilleur service à la population dans les différentes installations du CSSS.

Hôpital Barrie Memorial

- Salle de l'urgence complètement rénovée;
- Département d'imagerie médicale complètement rénové et agrandi;
- Début des activités du tomodensitomètre;
- Aménagement des bureaux administratifs dans les salles 1, 5 et 6 du Pavillon Walsh;
- Installation de modules de chauffage pour le Pavillon Walsh.

Centre d'hébergement d'Ormstown

- Remplacement du réservoir de pétrole.

Centre d'hébergement du comté de Huntingdon

- Réaménagement de la salle des loisirs;
- Création d'un bureau pour les Dames auxiliaires;
- Réaménagement de la salle d'entreposage.

Point de service du CLSC à Saint-Chrysostome

- Signature d'un bail de 5 ans pour le point de service du CLSC de Saint-Chrysostome.

Pour l'ensemble des installations

- Implantation d'un système d'entretien préventif pour tous les équipements reliés aux immeubles (climatisation, chauffage, etc.).

Jean Déry

Directeur des services financiers et techniques



BILAN DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES

Le présent rapport dresse le bilan des plaintes déposées et traitées au CSSS du Haut-Saint-Laurent du 1er avril 2009 au 31 mars 2010. Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a enregistré neuf plaintes au cours de l'année financière visée par ce rapport dont six plaintes conclues. Des mesures concrètes ont été identifiées pour cinq de ces plaintes : 33% de ces mesures avaient une portée individuelle et ont revêtu la forme de la conciliation, médiation, précision, explication et 67% des mesures avaient une portée systémique en touchant l'adaptation des soins et des services et du milieu.

Cette année, 63 demandes d'assistance ont été reçues (comparativement à 33 au cours du précédent exercice financier) provenant d'usagers qui ont eu le sentiment d'avoir épuisé les ressources internes mises à leur disposition. Sans faire de plainte officielle, les usagers demandent de l'aide au commissaire afin de régler une situation problématique. Le nombre d'interventions relatives à la fois à la loi et à la promotion des droits et des obligations des usagers s'est élevé à sept.

Le commissaire doit répondre aux questions des divers intervenants, professionnels, cadres et acteurs concernés, dans son domaine de compétence, conformément à la loi. Cette année le nombre de réponses en lien avec la loi, les droits et le domaine de compétence du commissaire s'élève à 53. Des remerciements sincères sont adressés à l'équipe du CSSS du Haut-Saint-Laurent ainsi qu'aux membres des comités de résidents, d'usagers et de vigilance.

Sophie Marchildon
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services



FONDATEMENTS DU CSSS

Fondation de l'Hôpital Barrie Memorial

La campagne de financement a permis de financer en grande partie les travaux d'agrandissement de l'urgence et de faire l'acquisition d'un tomodensitomètre. La Fondation reconnaît les dons généreux et l'appui continu de la communauté et poursuit ses démarches afin de toujours offrir un meilleur service aux employés et aux usagers de l'Hôpital Barrie Memorial.

Fondation québécoise de l'Hôpital Barrie Memorial

La Fondation québécoise de l'Hôpital Barrie Memorial s'est jointe aux principaux joueurs afin de financer les travaux de rénovation de la salle d'urgence et de l'acquisition d'un tomodensitomètre.

Fondation du Centre d'hébergement du comté de Huntingdon

Un tournoi de golf a été mis sur pied en août 2009 dans le but d'atteindre l'objectif de financer l'achat d'un solarium quatre saisons pour les résidents de ce centre d'hébergement.

Dames auxiliaires de l'Hôpital Barrie Memorial

De ses principales activités de financement dont le bazar de Noël du 7 novembre 2009, les Dames auxiliaires de l'Hôpital Barrie Memorial ont contribué financièrement à offrir divers services aux patients et principalement à équiper et à meubler le nouveau département de l'urgence.

Dames auxiliaires du Centre d'hébergement du comté de Huntingdon

Par ses activités de financement tel le bazar du 26 mars dernier, les Dames auxiliaires de ce centre d'hébergement font en sorte d'améliorer la qualité de vie des résidents par l'achat d'équipements et par la mise sur pied d'activités de toutes sortes.



CONSEILS ET COMITÉS DU CSSS

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

Comité des usagers

En plus de poursuivre diverses démarches de sensibilisation (affiches, annonces publicitaires, dépliants) auprès des usagers pour les informer de leurs droits et de leurs obligations, un projet de sondage auprès de la population sur les droits des usagers seulement est toujours en projet d'exécution. En novembre 2009, la présidente et la secrétaire ont assisté à la réunion annuelle des présidentes et des présidents des comités des usagers des établissements de la Montérégie qui s'est tenue à Longueuil.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Le conseil des médecins et dentistes 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. Le CMDP a tenu dix rencontres régulières et deux assemblées générales à cet effet. Lors de ces réunions, le conseil des médecins doit procéder à l'étude de demandes de nominations de ces professionnels et faire des recommandations au conseil d'administration sur la qualification et la compétence des nouveaux médecins venant pratiquer au CSSS du Haut-Saint-Laurent (treize dossiers ont été à l'étude).

De nombreux autres sujets relatifs à ses responsabilités légales ont été traités dont le recrutement de médecins omnipraticiens pour le centre hospitalier ainsi que pour la prise en charge de la première ligne. Une stratégie conjointe avec la Direction des affaires médicales est en cours d'implantation.

Conseil multidisciplinaire

Le conseil multidisciplinaire 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.

Au 31 mars 2010, le conseil multidisciplinaire était constitué de 80 membres répartis en 22 professions différentes. Une assemblée générale annuelle a eu lieu le 7 octobre 2009. Des actions importantes se sont concentrées surtout au niveau des ergothérapeutes, des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique, notamment pour diminuer les listes d'attente en s'orientant vers les nouvelles pratiques. La réflexion se poursuit par ailleurs sur la façon d'établir un lien plus concret avec le comité PDRH (plan des ressources humaines).

Conseil des infirmières et infirmiers

L'exécutif du CII a été interpellé pour les dossiers cliniques concernant notamment la politique de consentement aux soins, les pratiques organisationnelles requises, la sécurité transfusionnelle et le programme d'utilisation optimale des fournitures, produits et équipements médicaux. En cours d'activités du CII, les membres ont pris connaissance du rapport de gestion des risques (incidents/accidents 2008-2009) dans une approche d'interprétation des indicateurs afin d'en dégager des objectifs d'amélioration. Les points retenus touchent les chutes et les erreurs de médicaments. Le conseil des infirmières et infirmiers et le conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) au sein du CSSS travaillent en étroite relation. Il est proposé de les fusionner afin d'optimiser le travail d'équipe dans la promotion et l'évaluation des programmes et pratiques de la qualité.

Comité de gestion des risques et de la qualité

Les membres du comité de gestion de risque et de la qualité ont pour mandat principal d'identifier les éléments qui découlent d'un événement (accidents/incidents) afin de faire des recommandations pour éviter toute autre situation de ce genre. Par la Loi 113, il est obligatoire d'avoir une politique de déclaration. Le comité a fait un rappel à l'ensemble des intervenants sur l'importance de remplir les formulaires AH-223 lors d'incident / d'accident. Un guide pour bien remplir le formulaire sera bientôt disponible à l'ensemble du personnel du CSSS du Haut-Saint-Laurent, indiquant entre autres les cases obligatoires à cocher.



SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION

Fiche de reddition de comptes

Cible 2010	Personnel du réseau et du Ministère
5.96%	Améliorer la gestion de la présence au travail

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010	Évaluation	Commentaires
-------------	---------------------	------------------	---------------------	------------	--------------

Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5.74%	5.96%	6.18%	-	
---	-------	-------	-------	---	--

Cible 2010	Prévention et contrôle des infections nosocomiales				
100% du ratio	P.1 Nombre d'infirmières (ETP) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales				
100% du ratio	0.6 ETP	0.82	0.91	↑	
CH	0.35 ETP	0.35 ETP	0.36 ETP	↑	
CHSLD	0.25 ETP	0.47ETP	0.55 ETP	↑	

100%	P.2 L'établissement a un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel				
	100%	100%	100%	↑	<i>Les comités de prévention sont fonctionnels</i>
100%	P.3 L'établissement a un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales				
	100%	100%	100%	↑	
100%	P.4 L'établissement applique les lignes directrices en hygiène et salubrité				
	100%	100%	100%	↑	

Cible 2010	Services psychosociaux généraux				
Objectifs de résultats	Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en maintenant l'intensité des services.				
Augmentation	1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)				
	323	370	273	↓	<i>Moins d'usagers ont été desservis mais l'intensité a été beaucoup plus grande. Globalement, la cible du nombre total d'interventions est atteinte.</i>
Augmentation	1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)				
	3.06	2.80	3.74	↑	

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



Fiche de reddition de comptes

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010	Évaluation	Commentaires
Cible 2010	Services dans le milieu de vie				
Objectifs de résultats	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant la proportion de personnes en perte d'autonomie reliée au vieillissement desservie dans la communauté et en maintenant l'intensité des services				
Desservir 16% de la population 681 personnes	1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)				
	507	575	541	-	<i>Amélioration en comparaison à l'année dernière et près de la cible.</i>
24 inter/pers	1.3.2 Nombre moyen d'intervention en soutien à domicile reçu par les personnes en perte d'autonomie				
	24.47	24	20.97	-	
Cible 2010	Services offerts aux personnes hébergées en milieu de vie substitut				
Objectifs de résultats	Le nombre moyen d'heures travaillées par jour présence devrait correspondre aux besoins des personnes hébergées				
3 h/j/prés	1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD				
	3.38	3.47	3.59	↑	
0.23 h/j/prés	1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD				
	0.19	0.20	0.25	↑	
Cible 2010	Déficiences physiques - Soutien à domicile offert aux personnes et à leur famille				
Objectifs de résultats	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en maintenant l'intensité des services.				
16.8% des personnes 182 pers.	1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)				
	104	126	114	-	<i>Un peu moins d'utilisateurs que prévu mais avec plus d'intensité</i>
21.47 inter/pers	1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC) par usager (DP)				
	39.30	21.91	42.71	↑	
Cible 2010	Déficiences physiques - Soutien à domicile offert aux personnes et à leur famille				
Objectifs de résultats	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.				
6.5 % des familles 38 familles	1.4.3 Nombre d'utilisateurs ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe				
	1	16	1	-	<i>Le profil des utilisateurs a été révisé</i>

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



Fiche de reddition de comptes

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010	Évaluation	Commentaires
-------------	------------------------	---------------------	------------------------	------------	--------------

Cible 2010	Déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED) Soutien à domicile offert aux personnes et à leur famille				
Objectifs de résultats	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en maintenant l'intensité des services.				
Desservi 6,11% des personnes 34 pers.	1.5.11 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)				
	70	52	76	↑	
28 personnes DI (1.5.1)	45	35	48	↑	
6 personnes TED (1.5.4)	25	17	28	↑	
12 inters/pers	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				
	13.94	10.88	14.11	↑	
13 inter/pers DI (1.5.2)	19.47	13	18.40	↓	
8 inter/pers TED (1.5.5)	4.00	6.53	6.25	-	

Cible 2010	Déficience intellectuelle (DI) et troubles envahissants du développement (TED) Soutien à domicile offert aux personnes et à leur famille				
Objectifs de résultats	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.				
19,2% des familles 35 familles	1.5.13 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe.				
	40	32	35	↑	
27 familles DI (1.5.3)	20	16	14	-	
8 familles TED (1.5.6)	20	16	21	↑	

Cible 2010	Services de première ligne – jeunes et leur famille en difficulté				
Objectifs de résultats	Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux				
7,5% des usagers et leur famille 487 jeunes et familles	1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)				
	461	487	445	-	
7 inter/jeunes	1.6.2 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)				
	8.22	7	7.78	↑	

Cible 2010	Services d'urgence – Santé mentale				
Objectifs de résultats	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale				
12 heures	1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale				
	12.84	12	13.25	-	
0%	1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale				
	2.06	0,0	1.23	↓	Le pourcentage de plus de 48 heures n'est pas significatif à cause du faible nombre de clients



Fiche de reddition de comptes

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010	Évaluation	Commentaires
Cible 2010	Services de première ligne – Santé mentale				
Objectifs de résultats	Rejoindre la population âgée de moins de 18 ans et la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.				
505 usagers	1.8.9 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)				
	311	385	385	↑	
Moins 18 ans 100 usagers	1.8 C Nombre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)				
	60	113	109	-	Augmentation notable
Plus de 18 ans 405 usagers	1.8 D Nombre d'usagers de 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale dans les CSSS (mission CLSC)				
	251	272	276	↑	

Cible 2010	Services d'urgence – Santé physique				
Objectifs de résultats	Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence :				
12 heures	1.9.1 Séjour moyen sur civière				
	12.43	12	14.01	-	
12 heures	1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus				
	16.98	12.00	17.72	↓	
0%	1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière				
	1.85	0.0	1.72	↓	
0%	1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus				
	3.43	0.0	2.68	↓	

Cible 2010	Soins palliatifs				
Objectifs de résultats	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs à domicile et en maintenant une intensité des services				
60% des personnes 96 pers.	1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile				
	40	79	54	↓	Moins de références cette année; pas de liste d'attente
16 inter/pers	1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile				
	21.8	16	11.94	↓	

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



Fiche de reddition de comptes

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats 2008-2009</i>	<i>Cibles 2009-2010</i>	<i>Résultats 2009-2010</i>	<i>Évaluation</i>	<i>Commentaires</i>
--------------------	--------------------------------	-----------------------------	--------------------------------	-------------------	---------------------

Cible 2010	Chirurgie- Volume de production pour certaines activités chirurgicales				
Objectifs de résultats	Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une chirurgie				
Augmentation	1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)				
	317	319	283	↓	
Augmentation	1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)				
	70	136	137	↑	
Cible 2010	Équilibre budgétaire				
Objectifs de résultats	Assurer la dispense des services dans le respect de l'enveloppe budgétaire tout en poursuivant les efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux.				
Résultat d'exploitation		Équilibre	Équilibre	↑	L'équilibre budgétaire est atteint

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



DONNÉES FINANCIÈRES

RÉSULTATS - SOMMAIRE

	Exercice courant	Exercice précédent
	1	2
ACTIVITÉS PRINCIPALES		
REVENUS		
Agence et MSSS.....01	26,993,542	25,711,577
Usagers.....02	2,526,874	2,506,461
Ventes de services.....03	51,799	70,543
Recouvrements.....04	138,784	97,500
Donations.....05	323	1,633
Subvention du Gouvernement fédéral.....06		
Autres revenus.....07	27,134	79,620
Total (L.01 à L.07).....08	29,738,456	28,467,334
.....09	xxxx	xxxx
.....10	xxxx	xxxx
.....11	xxxx	xxxx
CHARGES		
Salaires.....12	15,758,965	14,946,100
Avantages sociaux.....13	4,307,956	3,827,955
Charges sociales.....14	2,343,748	2,228,729
Médicaments.....15	397,435	421,703
Produits sanguins.....16	147,827	290,850
Fournitures médicales et chirurgicales.....17	598,640	640,870
Denrées alimentaires.....18	446,195	470,522
Créances douteuses.....19	25,022	115,808
Variation provision pour vacances et congés maladie.....20	xxxx	183,326
.....21	xxxx	xxxx
.....22	xxxx	xxxx
.....23	xxxx	xxxx
.....24	xxxx	xxxx
Autres charges:		
Intérêts sur emprunts.....25		
Entretien et réparations.....26	389,362	333,091
Autres dépenses.....27	5,416,938	5,028,868
TOTAL (L.12 à L.27).....28	29,832,088	28,487,822
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS PRINCIPALES (L.08 - L.28).....29		
	(93,632)	(20,488)

À titre informatif seulement:

CONTRIBUTIONS PROVENANT OU AFFECTÉES À D'AUTRES FONDS:		
En provenance de l'avoir propre et d'autres fonds.....30	124,617	18,632
Affectées au fonds d'immobilisations - projets autofinancés.....31	38,041	
Affectées au fonds d'immobilisations - autres.....32	18,887	
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS PRINCIPALES APRÈS CONTRIBUTIONS PROVENANT OU AFFECTÉES À D'AUTRES FONDS (L.29+L.30-L.31-L.32).....33		
	(25,943)	(1,856)



RÉSULTATS - SOMMAIRE

ACTIVITÉS ACCESSOIRES	Exercice courant 1	Exercice précédent 2
REVENUS		
Financement public et parapublic:		
Agence et MSSS.....01	0	
Fonds de recherche en santé du Québec.....02		
Régie d'assurance maladie du Québec.....03		
Gouvernement fédéral.....04	16,335	
Autres.....05		
Revenus commerciaux.....06	210,799	211,538
Revenus d'autres sources et revenus non répartis.....07		
TOTAL (L.01 à L.07).....08	227,134	211,538
CHARGES		
Salaires.....09	55,176	40,895
Avantages sociaux.....10	13,373	9,420
Charges sociales.....11	8,296	6,180
Variation provision pour vacances et congés maladie.....12	XXXX	
Autres charges.....13	124,346	135,792
TOTAL (L.09 à L.13).....14	201,191	192,287
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) des activités accessoires (L.08 - L.14).....15	25,943	19,251
À titre informatif seulement:		
Contributions provenant ou affectées à d'autres fonds:		
En provenance de l'avoir propre et d'autres fonds.....16		
Affectées au fonds de stationnement - contribution du c/a 0500.....17		
Affectées au fonds d'immobilisations.....18		
Affectées à d'autres fonds (préciser).....19		
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) des activités accessoires après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds (L.15 + L.16 - L.17 - L.18 - L.19).....20	25,943	19,251
FONDS D'EXPLOITATION - ACTIVITÉS PRINCIPALES ET ACCESSOIRES		
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) du fonds d'exploitation.....21	(67,689)	(1,237)
À titre informatif seulement:		
Fonds d'exploitation - activités principales et accessoires		
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) du fonds d'exploitation après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds.....22	0	17,395



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

Rapport du vérificateur externe

exercice terminé le 31 mars 2010

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

Nous avons vérifié les états financiers, renseignements complémentaires, données et annexes énumérés à la table des matières du rapport financier annuel du CSSS du Haut Saint-Laurent de l'exercice terminé le 31 mars 2010, lequel a été présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux, en conformité avec l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. La responsabilité de ce rapport financier annuel incombe à la direction de l'établissement. Notre responsabilité consiste, en nous fondant sur notre vérification, à exprimer une opinion sur ce rapport financier annuel et les autres éléments décrits à l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux.

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

À notre avis,

L'Établissement s'est conformé aux dispositions de la loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses dépenses ou son volume de services ou d'activités, à l'exception des éléments mentionnés à l'annexe du rapport du vérificateur;

L'établissement s'est conformé aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;

Les pratiques comptables de l'établissement sont conformes aux normes et définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux;

Les unités de mesure utilisées par l'établissement sont conformes aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'exception des éléments mentionnés à l'annexe du rapport du vérificateur;

Les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives suivies par l'établissement, sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport annuel sont valables;

Les procédures de contrôle interne relatives aux données financières suivies par l'établissement, sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport annuel, sont valables;



L'établissement s'est conformé aux directives administratives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux et par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Le rapport financier annuel donne, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de l'établissement au 31 mars 2010, ainsi que de ses revenus et dépenses, de l'évolution de sa situation financière et des données financières et quantitatives de ses centres d'activités pour l'exercice terminé à cette date selon les règles comptables décrites dans la note 3

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

Nom de
l'associé
responsable Pierre St-Jean, CA auditeur

Nom du
Vérificateur Bourassa Boyer inc. société de comptables agréés

Adresse 3323 Boul. de la Gare
Vaudreuil-Dorion, Qc
J7V 8W5

Téléphone (450) 424-7000

Télécopieur (450) 424-2398


CA auditeur

Date: 9 juin 2010



ANNEXE 1

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

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

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

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

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

1. COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

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

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

1.3. Nombre de membres: **13**

1.4. Membres:

NOMS	FONCTION
Mireille Benoit	Chef administration programme services généraux
Roger Benoit	Chef de service hygiène, salubrité et soutien technique
Debbie Clément	Chef administration programmes PALV
Caroline Brooks	Chef clinico-administratif programme Santé physique et services généraux
Louise Champagne	Infirmière en prévention des infections
Anne Chiasson	Directrice des soins infirmiers, de la qualité des services, gestion des risques et agrément
Johanne Chouinard	Membre du conseil d'administration
Sophie Doucet	Directrice générale
Sophie Goneau	Pharmacienne
Isabelle Legault	Ergothérapeute
Dr Normand Kingsley	Directeur des affaires médicales
Antoine Pineault	Chef des laboratoires et imagerie médicale
Jean Déry	Directeur des services financiers et du soutien technique
Heather L'Heureux	Membre du conseil d'administration



1.5. Nombre de réunions tenues par le comité pour l'année budgétaire en cours: **2 sur 4**
N.B. les 2 autres réunions ont été annulées considérant le dossier "pandémie"

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

- **Chutes en centre d'hébergement**
- **Gestion des erreurs de médicaments: actualisation d'une analyse prospective en médecine / chirurgie**
- **Diffusion et expérimentation du plan de désastre et exercice statutaire à faire**

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

- **Déploiement de la procédure d'enquête et d'analyse des accidents à conséquences majeure des événements sentinelles**
- **Diffusion du plan de désastre, appropriation et exercice statutaire**
- **Gestion des erreurs de médicament: actualisation d'une analyse prospective en médecine / chirurgie**

2. DIVULGATION DE TOUT ACCIDENT

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

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

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

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: **385**

3.2. Nombre d'incidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse: **385**

20 % 40 % 60 % 80 % 100 %

3.3. Nombre d'incidents déclarés où des mesures ont été prises pour en prévenir la récurrence: **385**

20 % 40 % 60 % 80 % 100 %

3.4. Nombre d'accidents déclarés pour l'année budgétaire en cours: **192**

3.5. Nombre d'accidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse approfondie: **192**

20 % 40 % 60 % 80 % 100 %

3.6. Nombre d'accidents déclarés où des mesures ont été prises pour en prévenir la récurrence: **192**

20 % 40 % 60 % 80 % 100 %

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

3.7. Nombre d'accidents déclarés où il y a eu décès: **4**

3.8. Durée moyenne de jours additionnels d'hospitalisation (prolongation) consécutifs aux accidents déclarés: **8**

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

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

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



4. AGRÉMENT DES SERVICES DISPENSÉS

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

4.2. Si oui, nom de l'organisme sollicité: **Conseil canadien d'agrément en santé et services sociaux (CCASS)**

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

4.4 Date à laquelle cet organisme a été sollicité: **Mars 2008, prochaine visite mars 2011**

4.5 Agrément obtenu: Oui Non

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

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

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



ANNEXE 2

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

AU 31 MARS 2010
Membres des comités du
CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
DU HAUT-SAINT-LAURENT

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Bourdeau, Jean-Gilles	Population
Chouinard, Johanne	Para-clinique
D'Aoust, David	Représentant de l'Agence
Doucet, Sophie	Directrice générale
Dupuis, François	Conseil multidisciplinaire
Greig, Madeleine	Population
Lachance-Legault, Louise	Cooptation
Lafrenière, Renée	Conseil médecins, dentistes et pharmaciens
Laliberté, Ilse	Personne morale
Leclerc, Marcel	Population
L'Heureux, Heather	Comité des usagers
Ouimet, Céline	Représentante de l'Agence
Pineault, Antoine	Conseil multidisciplinaire
Reddick, Milton	Population (Président)
Richard, Suzanne	Comité des usagers
Therrien, René	Fondation
Tremblay, Nicole	Cooptation
Vandor, Tom	Département régional de médecine générale
Villeneuve, Alain	Conseil des infirmières et infirmiers

CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

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

CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

Dupuis, François	Président
Doucet, Sophie	Directrice générale
Dagenais, Paulette	
Legault, Isabelle	
Lemieux, Marie-Christine	
Maheu, Sylvie	
Primeau, Nathalie	



CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Houle, Nathalie	Présidente
Chiasson, Anne	
Paquin, Thérèse	
Viau, Martine	

COMITÉ ADMINISTRATIF DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

COMITÉ DE VÉRIFICATION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

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

COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

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



COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

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

COMITÉ DES USAGERS

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

COMITÉ D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

Laliberté, Ilse
Tremblay, Nicole
Villeneuve, Alain



ANNEXE 3

Code d'éthique et de déontologie

Des administrateurs

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

DÉCLARATION DE PRINCIPES

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

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

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

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

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

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

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

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

I. OBJET ET CHAMP D'APPLICATION

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



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

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

II DÉFINITIONS

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



III DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR PENDANT SON MANDAT

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

À cette fin, l'administrateur:

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

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

Disponibilité et participation active

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

Soin et compétence

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

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

Neutralité

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



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 30^e jour qui suit la date de clôture des mises en candidature, s'il n'est pas candidat, ou, s'il est candidat, au plus tard le 30^e jour qui suit la date à laquelle une autre personne est proclamée élue.
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.



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.