

Rapport annuel de gestion 2007-2008

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

Haut-Saint-Laurent Health
and Social Services Centre

*La qualité de vie :
Notre atout*





TABLE DES MATIÈRES

Mot du président du conseil d'administration et de la directrice générale intérimaire	2
Déclaration de fiabilité des données.....	4
Présentation de l'établissement et de la population.....	5
Mission, principes directeurs et valeurs	8
Faits saillants de l'établissement (programmes et services)	10
Direction des programmes de santé physique, services généraux et direction adjointe aux affaires médicales.....	10
Direction soins infirmiers, qualité des services, gestion des risques et agrément	13
Direction des programmes personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et déficience physique	16
Direction des programmes santé publique, famille, enfance, jeunesse, santé mentale et sécurité civile.....	17
Direction des ressources humaines et informationnelles	20
Direction des services financiers et du soutien technique	21
Bilan de la commissaire locale aux plaintes	22
Fondations du CSSS du Haut-Saint-Laurent	23
Conseils et comités du CSSS du Haut-Saint-Laurent	24
Suivi de l'entente de gestion	27
Données financières	32
Annexe 1 : Informations sur la prestation sécuritaire des services de santé et de services sociaux.....	35
Annexe 2 : Conseils et comités d'administration du CSSS du Haut-Saint-Laurent.....	39



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

L'année 2007-2008 a été une année marquée par des changements significatifs au sein du CSSS du Haut-Saint-Laurent. Il y a présentation dans les pages qui suivent des grandes lignes des défis et des réalisations au cours de la dernière année.

Le capital humain du CSSS

L'année 2007-2008 a été tout d'abord marquée par un changement intérimaire au poste de directeur général du CSSS. Un cadre supérieur a été recruté pour combler la direction des soins infirmiers et des programmes Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Il y a eu l'embauche d'un conseiller aux communications à temps plein qui s'est joint à l'équipe de la direction générale depuis janvier 2008.

La dernière année a vu la mise en application d'un logiciel pour modifier le système des horaires de travail et de la paie pour l'ensemble du personnel. Cette démarche a permis l'intégration et la centralisation de tous les logiciels (horaire, paie, remplacement) en vue d'une meilleure gestion. Une centrale de remplacement aux ressources humaines a d'ailleurs été mise sur pied. Un dossier prioritaire demeure la pénurie de médecins et un comité poursuit ses démarches liées au recrutement médical. Ce comité est formé de joueurs locaux névralgiques. Un comité pour la fidélisation des employés a aussi vu le jour et touche en premier lieu le personnel impliqué dans le service des programmes Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV).

Suite à la révision des énoncés de mission du CSSS, des principes directeurs et des valeurs, l'organigramme (soit la structure organisationnelle) doit aussi régulièrement être revu. Une réflexion a été amorcée en début d'année 2008 afin de s'assurer que la structure des services corresponde, de façon optimale, en association avec les partenaires de la communauté, de répondre aux besoins de la population. Le plan de mise en œuvre du projet clinique vient aussi guider l'organisation à cet égard dans la mesure où son élaboration, avec la mobilisation des partenaires et la définition des grandes lignes, est maintenant terminée. Dès décembre 2007, les directeurs des programmes cliniques et les cadres responsables de chacun des programmes avaient débuté les travaux sur l'élaboration de plan de mise en œuvre (2008-2011) pour chacun des quinze continuums de services.

Les derniers douze mois ont été marqués par les négociations locales avec les partenaires syndicaux. Des ententes sont intervenues avec l'ensemble des 26 matières à négociation locale. Dans un contexte difficile de recrutement, le CSSS du Haut-Saint-Laurent a été encore une fois très actif afin de reconnaître les efforts du personnel et de ses bénévoles au moyen d'activités spéciales tout au long de l'année.

Qualité des services - agrément

Tel qu'annoncé dans le dernier rapport annuel, le CSSS du Haut-Saint-Laurent a reçu en mars et avril 2008 la visite des inspecteurs de l'agrément qui ont procédé pour la première fois cette année aux mesures d'accréditation de l'ensemble des installations du CSSS du Haut-Saint-Laurent. Les inspecteurs ont noté l'excellence des programmes de soins et services et l'engagement du personnel quant à leur travail d'équipe et à leur dévouement.

Comme vous pourrez le constater dans ce présent rapport, l'ensemble des gestionnaires et du personnel ont rempli avec professionnalisme les mandats fixés par la loi. L'entente de gestion et d'imputabilité établie avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie a été respectée et les résultats atteints sont plus que satisfaisants. Il est aussi important de mentionner que le CSSS du Haut-Saint-Laurent termine l'année financière avec un léger surplus budgétaire, c'est à dire l'équilibre budgétaire.

Défis pour 2008-2009

En tant qu'acteur principal du réseau local de services de santé et de services sociaux, les démarches de recrutement et de rétention en regard des postes touchés plus particulièrement par la pénurie de main d'œuvre vont se poursuivre. Tout le personnel est impliqué, suite à la visite des inspecteurs de l'agrément, en vue de l'obtention de l'accréditation de l'organisation en bonne et due forme.

Système de téléphonie - communication

Afin de répondre aux objectifs de télécommunication du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), la direction générale s'est penchée sur ce dossier et s'est donnée comme



mandat de revoir le système d'après les objectifs qu'elle s'est définie, soit : améliorer les communications entre ses différents points de services, uniformiser les services de télécommunications, promouvoir un sentiment d'appartenance chez les employés et s'assurer que les investissements corrigeront tous les problèmes de communication. Le CSSS du Haut-Saint-Laurent a octroyé un mandat d'analyse du système de télécommunications à une firme en vue d'intégrer les installations téléphoniques de tous les établissements qui sont maintenant sous sa gouverne.

Acquisition d'un tomodensitomètre et rénovation de l'urgence

Dans le dernier rapport annuel, il a été mentionné que le CSSS attendait une réponse favorable de l'Agence et du MSSS afin de procéder à l'acquisition d'un tomodensitomètre et à la rénovation pour le service de l'urgence. Ce sont deux projets qui vont contribuer au recrutement des effectifs médicaux.

En novembre 2007, il y a eu confirmation par le Ministère de l'acquisition d'un tomodensitomètre pour le CSSS du Haut-Saint-Laurent. Des travaux de planification sont en cours pour l'acquisition de l'appareil, pour son emplacement et son installation.

Remerciements

Il faut remercier et rendre hommage aux employés, aux médecins, aux bénévoles, à l'équipe de direction et aux membres du conseil d'administration pour leur dévouement et leur engagement à améliorer constamment la qualité des soins et des services à la population du territoire. De plus, il faut remercier les partenaires du CSSS, notamment les cliniques médicales, les organismes communautaires et la communauté du territoire avec lesquels il a été développé au fil des années des liens étroits.

Milton Reddick
Président du Conseil d'administration

Francine Lortie
Directrice générale intérimaire





LA 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 2007-08 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 2008.

La directrice générale intérimaire,
Francine Lortie



PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET DE LA POPULATION

Le CSSS du Haut-Saint-Laurent est situé au sud-ouest de la Montérégie et comprend quatre installations – un centre local de services communautaires (CLSC), un hôpital et deux centres d'hébergement – qui offrent des services de première ligne à une population de 25 200 personnes en 2008 (selon l'Institut de la statistique du Québec).

Installations :

CSSS du Haut-Saint-Laurent (siège social)

28, rue Gale, Ormstown, Québec J0S 1K0
Tél. : 450-829-2321
Télec. : 450-829-3582

Hôpital Barrie Memorial

28, rue Gale, Ormstown, Québec J0S 1K0
Tél. : 450-829-2321
Télec. : 450-829-3582

Centre d'hébergement d'Ormstown

65, rue Hector, Ormstown, Québec J0S 1K0
Tél. : 450-829-2346
Télec. : 450-829-3110

Centre d'hébergement du comté de Huntingdon

198, rue Châteauguay, Huntingdon, Québec J0S 1H0
Tél. : 450-264-6113
Télec. : 450-264-4923

CLSC Huntingdon

10, rue King, suite 200, Huntingdon, Québec J0S 1H0
Tél. : 450-264-6108
Télec. : 450-264-6801

CLSC Huntingdon Point de service

21, rang St-Anne, St-Chrysostome, Québec J0S 1R0
Tél. : 450-826-3161
Télec. : 450-826-4239

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

Haut-Saint-Laurent Health
and Social Services Centre





Nombre de lits

Courte durée.....	49
Longue durée	125
Hébergement temporaire	9

Territoires desservis

Les treize municipalités de la MRC du Haut Saint-Laurent desservies sont :

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





Données démographiques

La population du territoire est un peu plus vieille que celle de la Montérégie en général. Les jeunes de moins de 18 ans sont proportionnellement aussi nombreux. Il faut souligner par ailleurs que la proportion d'anglophones dans le Haut-Saint-Laurent est la plus élevée de la Montérégie. En 2001, 32,9% de la population parlait anglais à la maison comparativement à 8,9% en Montérégie. Les perspectives démographiques prévoient une faible croissance de la population pour les prochaines décennies. Territoire le moins densément peuplé de la Montérégie, la population y est disséminée dans de petites communautés. Le développement des communautés est le pôle névralgique pour soutenir le développement des individus.

Caractéristiques socioéconomiques

Si on compare le territoire du Haut-Saint-Laurent à la Montérégie, on retrouve plus de personnes vivant sous le seuil de faible revenu (17%) et de prestataires de l'aide sociale, ce qui est un peu plus élevé que la valeur régionale. Parmi les 20 ans et plus, 43% des personnes n'avaient pas de diplôme d'études secondaires. La population du territoire est la moins scolarisée de la Montérégie, tout en étant une des moins favorisées sur le plan économique.

Les facteurs de risque du territoire

Le territoire du Haut-Saint-Laurent a d'importants défis à relever pour améliorer la santé et le bien-être de sa population. Les résultats de plusieurs indicateurs de mortalité convergent dans le sens d'un moins bon état de santé que dans le reste du Québec : la surmortalité dans le Haut-Saint-Laurent serait reliée aux maladies de l'appareil circulatoire. Les données de prévalence indiquent notamment sur le territoire du Haut-Saint-Laurent une proportion plus élevée de personnes souffrant de maladies du cœur, de diabète ou présentant un surplus de poids.

Références :

Le défi de la responsabilité populationnelle, CSSS du Haut-Saint-Laurent. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique, 2005.

Pour une appréciation de l'état de santé de la population : synthèse du Portrait type du RLS du Haut-Saint-Laurent, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique, juillet 2008.

Access to services in English in the Health and Social Services Network in the Montérégie, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2008.



LA MISSION, LES PRINCIPES DIRECTEURS ET LES VALEURS 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;

- **De services adaptés à la population**, mis en évidence par des études sur le territoire.

Valeurs

Les valeurs du CSSS en matière d'organisation de services sont celles que l'on voudrait faire partager et respecter par chacun. Elle constitue la trame de fond des liens qui régissent les services à la clientèle et les relations entre chaque membre de l'organisation quel que soit son statut.

Les **valeurs** de l'organisation sont les suivantes :

1- Communication :

- a) **transparente;**
- b) **accessible;**
- c) **en continu.**

L'atteinte et la recherche de hautes normes de qualité de services reposent sur une circulation transparente, accessible et continue de l'information. Les échanges s'expriment dans un climat d'écoute et avec une ouverture d'esprit. L'information à privilégier doit être celle qui a trait aux activités, aux problèmes, aux moyens d'améliorer les services, aux priorités, etc.

2- Respect :

- a) **par les gestes;**
- b) **par les paroles;**
- c) **par les attitudes.**

Les liens humains et les échanges d'information se font dans le respect mutuel autant par les gestes que par les paroles et les attitudes. Pour être efficace, ces lieux d'échanges et de concertation sont empreints de respect mutuel et de confiance entre chacun des membres de l'organisation. Cela s'exprime par une solidarité fondée sur la certitude que l'on peut compter sur un confrère ou une consœur. Cette certitude contribue à l'amélioration du climat de travail et à la réduction du stress.



3- Savoir être :

La philosophie de gestion correspond à la capacité de produire des actions et des réactions adaptées à l'environnement humain. La qualité des services en dépend.

4- Milieu stimulant, supportant, mobilisateur et reconnaissant;

Le milieu de travail repose sur la personne et doit être un milieu où chaque personne peut s'épanouir. L'établissement favorise la promotion interne et fournit à ceux qui le désirent, l'occasion de se dépasser ou de vivre de nouvelles expériences tout en respectant le cheminement de chacun. À cet égard, une préoccupation constante et concrète est accordée à la formation et au développement personnel.

3- Travail d'équipe.

L'implication et la participation de tous les membres de l'organisation sont des éléments clés afin d'offrir des services sécuritaires de qualité dans les installations.





FAITS SAILLANTS DE L'ÉTABLISSEMENT – PROGRAMMES ET SERVICES

DIRECTION DES PROGRAMMES DE SANTÉ PHYSIQUE ET DES SERVICES GÉNÉRAUX

L'année 2007-2008 a encore été une année d'ingéniosité et de défis afin de faire face à la précarité de la couverture médicale à l'urgence et par le peu de ressources humaines disponibles au niveau des professionnels tels que médecins, infirmières, etc. En réponse aux objectifs ciblés par les ententes de gestion, les résultats sont plus qu'intéressants.

I - Direction Santé physique

Urgence

Les séjours de plus de 48 heures de patients sur civière ont été scrutés à la loupe par le Ministère en 2007-2008. En effectuant une gestion quotidienne de la durée des patients sur civière, un résultat fort intéressant a été atteint; soit, 1,3%, la cible étant de 2,0%. Ceci représente une réduction de 1,2% du résultat de l'an passé.

Bloc opératoire – chirurgie d'un jour

L'informatisation de la liste d'attente en endoscopie a permis d'actualiser la liste pour connaître les délais réels. Le nombre d'endoscopies effectuées continuent à être impressionnant avec 579 endoscopies faites en 2007-2008. La liste des chirurgies a aussi été informatisée avec le système SIMASS. Ce système permet au MSSS de suivre les délais d'attente pour les chirurgies ainsi que de connaître la production du bloc opératoire. Toutes les chirurgies ont été effectuées à l'intérieur d'un délai n'excédant pas trois mois. Il y a eu 264 chirurgies d'un jour et 56 chirurgies avec hospitalisation. Afin d'optimiser l'utilisation de la salle d'opération et d'assurer une utilisation efficiente des ressources disponibles, une étude est en cours pour 2008-2009.

Médecine, chirurgie et gériatrie active

Une gestion quotidienne de l'occupation des lits à l'hôpital Barrie Memorial a été effectuée en 2007-2008. De plus, l'ajout d'un comité d'orientation de la clientèle a permis de mieux diriger la clientèle vers des ressources pour libérer les lits de courte durée. La durée moyenne de séjours des patients hospitalisés est

de 19,34 jours. La durée moyenne de séjour est légèrement plus élevée pour la clientèle de gériatrie active que pour la clientèle de médecine et de chirurgie. Le défi, lié au vieillissement de la population et des multiples pathologies que la clientèle présente lors de l'admission, amène pour l'organisation au cours de l'année 2008-2009 à bien utiliser les ressources alternatives afin de ne pas occuper les lits de courte durée avec une clientèle en attente de placement.

Clinique de soins de plaies

En 2007-2008, la clinique de soins de plaies a bénéficié d'un ajout technologique qui permet de connaître la pression artérielle des jambes chez la clientèle diabétique. Cet examen diagnostique a permis aux diabétiques suivis de recevoir des soins mieux adaptés à leur condition.

Le CSSS a réactivé le comité de soins de plaies dans un but d'harmoniser les pratiques et de faire un usage efficient des actes permis par les intervenants suite à la Loi 90 modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, notamment, de déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments, et de prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent. Le comité développera un programme soins de plaies en 2008-2009.

II - Direction Services généraux

Services de santé courants

L'année 2007-2008 a été ponctuée de plusieurs changements et, malgré la pénurie constante d'infirmières, l'équipe a été en mesure d'offrir une prestation de service sécuritaire et de haute qualité. Pour la prochaine année, le programme d'échange de seringues doit être développé davantage et l'ordonnance collective de contraception sera mise en place en collaboration avec le secteur famille, enfance, jeunesse. Il faut de plus développer l'offre des services en regard aux infections transmissibles sexuellement et par le sang.



Services psychosociaux (CLSC)

	2006-2007	2007-2008
Nombre d'usagers	378	355
Nombre d'interventions	2,64	2,80

La cible concernant le nombre d'usagers desservis est atteinte à 84% avec 355 usagers différents. Pour le nombre moyen d'interventions, la cible a non seulement été atteinte, mais dépassée légèrement, avec un résultat de 2,80.

Service d'inhalothérapie

Une progression marquée et constante du nombre de personnes nécessitant un dépistage de l'apnée du sommeil a été constatée. Le CSSS du Haut-Saint-Laurent est actuellement le seul CSSS de la région à offrir un service de dépistage et de suivi à cette clientèle. Le plan d'action de 2008-2009 mettra de l'avant des stratégies permettant de rencontrer les besoins sans cesse grandissants de la population du territoire, face à cette nouvelle et importante problématique de santé qu'est l'apnée du sommeil.

Service de réadaptation

Le temps d'attente a diminué significativement passant de 18 mois à 12 mois, grâce aux efforts soutenus de l'équipe et aux nouvelles politiques instaurées (diminution d'environ 30%).

Volume d'activités

	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008
Heures de prestation des services				
Secteur physiothérapie	5687	5140	4408	6159
Secteur ergothérapie	3581	3409	2677	3025



Services diagnostiques

Au niveau du laboratoire, l'une des stratégies utilisée en 2007-2008 pour accroître l'efficacité du service de laboratoire a été le rapatriement de certaines analyses sanguines permettant ainsi de réduire les coûts associés aux analyses sanguines. Il y a eu augmentation du volume d'activité de l'ordre de 11%.

2006-2007

Procédures: 284085
Valeur pondérée: 475475
Prélèvements: 14012

2007-2008

Procédures: 316854
Valeur pondérée: 524729
Prélèvements: 13392

Durant l'année 2007-2008, l'équipe de l'imagerie médicale, en collaboration avec une firme d'architectes, a travaillé à l'élaboration des plans en vue de l'acquisition d'un tomographe axial. Toute l'équipe a été mise à contribution afin d'en arriver à un résultat satisfaisant.

Priorités 2008-2009

Le projet ayant le plus d'ampleur pour 2008-2009 sera la rénovation de l'urgence. Les autres projets proviennent de recommandations ministérielles (infections nosocomiales et mesures de contention), des rapports du coroner (surveillance de l'analgésie), de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (plan thérapeutique infirmier), de la visite du Conseil canadien d'agrément des services de santé (amélioration du triage et des délais d'attente à l'urgence, amélioration de la prévention des chutes, amélioration de la sécurité et de la qualité des soins, et des pistes d'amélioration en lien avec les différentes tables du projet clinique.

Pat Reid

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



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

La direction des soins infirmiers, qualité des services, gestion des risques et agrément a d'abord mis l'emphase à l'intégration du programme « qualité et gestion des risques ». Ces activités, caractérisées par un rôle « conseil », ont été orientées vers la gestion des risques et la préparation de la visite du Conseil canadien d'agrément.

Gestion des risques

L'année 2007-2008 a été caractérisée par un travail visant l'application de la loi 113 pour la prestation sécuritaire des soins et services. La gestion des risques dans les établissements de soins de santé constitue un enjeu majeur et une priorité. Effectivement, le CSSS du Haut-Saint-Laurent identifie clairement dans son énoncé de mission cet objectif prioritaire de réduction du taux d'accidents et d'incidents évitables. L'enjeu principal est de viser une intégration de cette responsabilité de gestion des risques à l'ensemble des acteurs du CSSS. L'objectif est d'implanter une culture proactive de gestion des risques. Un programme de gestion des risques conformément à la réglementation a été élaboré et mis en consultation.

La sécurité de l'utilisateur doit être mise en priorité au sein des dimensions essentielles de la qualité des soins et des services à assurer à la population. La meilleure façon de le faire est d'adopter une attitude responsable et positive envers la gestion des risques, à savoir :

- Les identifier;
- Les reconnaître;
- En mesurer l'impact;
- S'interroger sur la manière de les éviter et/ou de les réduire.

Considérant la valeur organisationnelle de l'organisation de mettre une priorité sur la sécurité des soins et services et considérant cette démarche de parfaire une approche de gestion des risques intégrée au sein du CSSS, plusieurs indicateurs sont regardés :

- l'indicateur de structure, pour mesurer le niveau d'intégration,
- l'indicateur de processus, pour bien établir la culture de risque centrée sur l'analyse des processus et des activités de soins ou de services,

- l'indicateur de résultats, pour mesurer et préciser l'atteinte des objectifs d'amélioration.

Il est donc impératif que la démarche d'amélioration continue de la qualité intègre le volet de la prévention et de l'analyse des accidents et des incidents évitables pour s'assurer de les éviter. Cette responsabilité doit être partagée et intégrée.

À cet effet, les équipes de gestionnaires des différents programmes ont été rencontrées pour leur présenter le rapport de gestion de risques 2006-2007, afin de cibler les objectifs d'amélioration. Des outils statistiques avec des indicateurs de qualité en regard des accidents et des incidents ont été recommandés afin d'assurer une analyse plus homogène (faute de logiciel disponible).

La loi oblige le CSSS à déclarer tous les incidents et accidents. Dans un but de prévention, le CSSS du Haut-Saint-Laurent a déclaré 468 accidents/incidents pour l'année 2007-2008 en comptant les chutes et les erreurs de médicaments.

À l'analyse de ces 468 accidents/incidents, il a été identifié que 67.52% (316) des accidents et incidents sont des chutes et 18.59% (87) sont reliées aux médicaments. Il y a eu 351 incidents n'ayant causé aucun préjudice à l'utilisateur et 117 accidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse approfondie. Au niveau de la prévention, certains processus ont été révisés et des mesures ont été mises en place des mesures pour éviter les récives. Un registre local des incidents/accidents est mis en place et présenté au comité de vigilance du conseil d'administration.



Prévention et contrôle des infections

À ce chapitre, les efforts n'ont pas manqué concernant la vigilance à la prévention et au contrôle des infections. Les membres du comité de prévention des infections du CSSS, les équipes de soins et les gestionnaires ont travaillé très fort pour assurer un bon contrôle pour la prévention des infections. La surveillance quotidienne et périodique des infections en lien avec les bactéries multirésistantes s'est ajoutée à ces efforts.

Le suivi du plan d'action suite à la visite ministérielle d'appréciation des mesures de prévention et de contrôle des infections nosocomiales, en rapport avec le « Clostridium difficile », a exigé plusieurs rencontres permettant d'en assurer le suivi.

Le service de salubrité est bien intégré à l'équipe de prévention et contrôle des infections. La réorganisation de ce secteur est centrée sur son rôle impératif en matière de prévention, et sa nouvelle restructuration permet d'assurer une référence en tout temps à une ressource pour faire les désinfections exigées.

Programme « qualité »

Dans le but d'assurer une approche d'amélioration continue de la qualité, un programme « qualité » a été élaboré et a fait l'objet d'une consultation auprès des directeurs du CSSS. Une journée

promotionnelle sur le lavage des mains a été organisée par les membres du comité prévention des infections de chacune de nos installations. Lors de l'embauche des externes en soins infirmiers et des candidates à l'exercice de la pratique infirmière, le programme d'orientation et d'accueil a été structuré permettant aux directeurs de chacun des programmes de présenter leur secteur, et le volet de gestion des risques y a été intégré.

Des activités de formation et d'amélioration de la qualité ont été maintenues. Entre autres, des indicateurs de contrôle de qualité ont été mis de l'avant pour l'amélioration continue de la qualité (chutes, erreurs de médicaments, contentions, plaies de pression, accident/incident, sécurité transfusionnelle, programme qualité lecteur de glycémie, infections). De façon à assurer une qualité d'intervention auprès des usagers dans le dossier « mesures de contention », six ressources du CSSS ont été formées comme « agent multiplicateur ». Une étude du taux de prévalence sur l'utilisation des contentions a été réalisée avec les équipes cliniques des missions hospitalières et d'hébergement. La politique d'encadrement a fait l'objet de révision.

Programme d'agrément

le CSSS du Haut-Saint-Laurent a reçu en mars et avril 2008 la visite des inspecteurs de l'agrément qui ont procédé pour la première fois cette année aux mesures d'accréditation de l'ensemble





des installations. Plusieurs rencontres ont été planifiées afin de planifier la visite et de préparer les plans d'action. Les inspecteurs ont noté l'excellence des programmes de soins et services et l'engagement du personnel quant à leur travail d'équipe et à leur dévouement.

Projet clinique

Le CSSS veut assurer l'accessibilité et la qualité des services à sa population. Dans le cadre du projet clinique, toutes les équipes ont été interpellées à participer à l'identification des besoins populationnels et en faire des recommandations en terme de priorités. De plus, les plans de mise en œuvre ont été présentés au conseil d'administration.

Priorités 2008-2009

Les dossiers prioritaires pour l'année 2008-2009 sont l'actualisation des recommandations du Conseil canadien d'agrément d'ici décembre 2008; l'implantation du dossier «vers un changement de pratique » afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement; l'implantation de la nouvelle norme de pratique en soins infirmiers « le plan thérapeutique infirmier » pour juin 2009; la poursuite du dossier «plan d'action en matière de fidélisation, développement et utilisation des compétences afin de réduire les impacts des pénuries de main-d'œuvre»; une formation nationale pour les préposés aux bénéficiaires; l'implantation du programme de surveillance pour les patients recevant des opiacés et l'implantation de la nouvelle philosophie des soins infirmiers.

Sur ce dernier point, le modèle réfère à la qualité relationnelle entre l'utilisateur, la famille et le professionnel en soins. Il vise le meilleur résultat pour l'utilisateur, le résident et sa famille dans une approche centrée sur l'« humanité », « respect/ dignité », « qualité/sécurité », la reconnaissance du personnel dans sa compétence orientée sur l'autonomie professionnelle, l'imputabilité, l'interdisciplinarité et l'intégration de la culture de gestion des risques.

Anne Chiasson

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



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

L'année 2007-2008 a été marquée par plusieurs éléments:

- Le maintien des comités de gestion PALV-DP pour favoriser la continuité, la complémentarité et l'harmonisation des services aux personnes âgées;
- Le suivi serré des ententes de gestion et la mise en place de mesures pour atteindre les cibles;
- Le « plan d'action en matière de fidélisation, de développement et d'utilisation des compétences afin de réduire les impacts des pénuries de la main-d'œuvre »;
- Le développement d'un projet pilote « Circuit du médicament »;
- La participation active à l'élaboration des plans de mise en œuvre du projet clinique pour les programmes PALV-DP;
- Le réaménagement des salles de bain et système de cloches d'appel au Centre d'hébergement du comté de Huntingdon suite à la visite ministérielle de 2006 et projet de réaménagement au Centre d'hébergement d'Ormslow afin de créer un milieu de vie et de travail sécuritaire;
- La participation à plusieurs rencontres afin de se préparer à la visite du Conseil canadien d'agrément;
- Des rencontres d'information avec les propriétaires des résidences privées afin de les aider dans leur démarche de certification;
- La poursuite des démarches avec les municipalités pour réduire les problématiques du transport;
- La poursuite des démarches de « popotes roulantes » avec les organismes communautaires afin d'offrir des services de repas de qualité et à bon prix pour la clientèle dans le besoin;
- La poursuite d'un projet novateur en résidence privée vise une meilleure connaissance des résidences privées du territoire et le support à la définition d'une offre de services conforme à la capacité de la résidence et son organisation physique des lieux.

Service 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. À cette fin, l'établissement voit, principalement sur référence, les personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assurer que leurs besoins soient évalués et que les ser-

vices requis, y compris les soins infirmiers, l'aide à domicile et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts.

Les intervenants du programme services à domicile ont desservi :

- 520 personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (en moyenne 24 interventions par personne)
- 123 personnes présentant une déficience physique (en moyenne 25,93 interventions par personne)
- 73 personnes en soins palliatifs (en moyenne près de 22,58 interventions par personne)

Service de première ligne volet CHSLD

La mission des CHSLD est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le soutien de leur entourage. Afin de bien jouer le rôle de milieu de vie, les gestionnaires et les intervenants du CSSS ont participé à des formations nationales et régionales.

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 cours de l'année 2007-2008, le projet clinique a été le dossier qui a suscité une plus grande mobilisation tant au niveau des gestionnaires que des intervenants de cette direction, et ce, sans compter l'implication de multiples acteurs du réseau local de services. Cette démarche a permis un partage des connaissances de chacun sur les ressources et services existants et par le fait même a permis de développer une vision commune des besoins. De plus, un plan de mise en œuvre a été élaboré pour les trois prochaines années.

Concernant les activités réalisées dans chacun des sous-services, vous trouverez ci-joint des résultats plus que probants.

Santé publique

Cette année, plusieurs objectifs de prévention avaient été identifiés, et ce, selon différentes cibles. Ces actions ont été intégrées à l'intérieur des programmes suivants :

Organisation communautaire: améliorer les conditions de vie et favoriser le développement des communautés. Ces actions transversales ont été réalisées par les différentes tables intersectorielles petite-enfance, jeunesse, personnes âgées et par la réalisation de sous-comité, sécurité alimentaire, transport, etc.

Petite enfance : des services intégrés en périnatalité et en petite enfance (SIPPE) ont été offerts à 22 jeunes mamans. La promotion de l'allaitement a été appuyée tout au long de l'année par une consultante en allaitement.

Cette année, le taux d'allaitement exclusif est de 72% (190 naissances) soit une augmentation de 4,5% comparativement à l'année dernière. L'objectif pour 2010 est d'atteindre un taux d'allaitement de 75%. La popularité des haltes d'allaitement mensuelles organisées par le CLSC fait en sorte que l'objectif pourrait être réalisé. De plus, un très bon taux de vaccination a été maintenu pour les enfants âgés entre 0 et 5 ans.

Jeunesse : l'approche École en santé a gagné en popularité et certaines écoles du territoire l'ont déjà intégrée. Concernant les cliniques jeunesse dans les écoles secondaires, les services offerts ont permis aux jeunes d'avoir réponse à leurs questions et ainsi prévenir les grossesses à l'adolescence et les infections transmissibles par le sang et par le sexe (ITSS). Cette année, un nouveau programme (système D), visant la prévention de toxicomanie et les

jeux de hasard, a été offert aux élèves de 6^{ème} année.

Saines habitudes de vie : Plusieurs activités de promotion de saines habitudes de vie ont été réalisées, et ce, autant au niveau de la jeunesse et des adultes qu'auprès des personnes âgées (École Jean XXIII et Un Coin Chez Nous). Les principales activités du programme 0-5-30 concernent le non-tabagisme (zéro tabac), l'alimentation incitant les gens à consommer au moins cinq fruits et légumes par jour et pratiquer l'activité physique trente minutes par jour.

Adulte : il y a eu nomination de deux porteurs de dossier pour développer le réseau de sentinelles. Ce programme vise la prévention du suicide. Des activités de sensibilisation ont été réalisées auprès des jeunes et des adultes. Dans le cadre du programme québécois de dépistage du cancer du sein, de la sensibilisation a été faite auprès des femmes de 50 à 69 ans. Trois groupes d'adultes, pour un total de 68 personnes, ont participé à une session (six rencontres) sur le programme « En santé après 50 ans ».





Personnes âgées : Trois groupes, pour un total de 36 personnes, ont participé au programme de prévention des chutes, d'une durée de 10 semaines.

Influenza : Six mille personnes du territoire ont reçu le vaccin contre l'influenza. Près de 200 personnes ont reçu le vaccin « Pneumovax ».

D'autres activités ont aussi été réalisées dans le cadre de la prévention des maladies transmissibles et de la santé environnementale. L'écllosion de rougeole en Montérégie, en mai 2007, a permis de relancer la promotion du vaccin et de rappeler aux parents l'importance d'appliquer le calendrier vaccinal pour les jeunes enfants âgés entre 0 et 5 ans.

Famille-Enfance-Jeunesse

Dans ce secteur d'activité, le point majeur a été l'impact des modifications de la Loi sur la protection de la jeunesse auprès de la clientèle. Afin de permettre l'appropriation de cette loi, auprès des intervenants, des formations ont eu lieu, en collaboration avec les partenaires (CPE, scolaire, etc.). La formation aux modifications à la LPJ a permis de rejoindre 25 intervenants du CSSS. Il y a eu un alourdissement de la clientèle adolescente ayant des problématiques de trouble de comportement sévère. Il est à souligner l'accentuation du partenariat par la mise en place de différents comités avec les centres jeunesse, afin d'offrir un suivi auprès des jeunes et leur famille. Par ailleurs, afin de soutenir l'implantation de la nouvelle loi et les changements de pratique y afférant, une équipe de soutien a été mise sur pied pour répondre aux questions des répondants de chaque CSSS.

Il y a aussi mise sur pied d'une clinique sous-régionale d'évaluation TED (trouble envahissant du développement). Cette année, les engagements ont été dépassés en ce qui concerne le nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED et leur famille recevant des services : 43 familles ont été rejointes dont 33 en déficience intellectuelle et 10 en TED avec une moyenne de 15,74 interventions.

Concernant les services de soutien par allocation directe, la gestion du programme soutien à la famille a été transférée du secteur PALV au FEJ à la fin de l'année financière 2007-2008. Un intervenant pivot a été maintenant attribué à ce programme. Là encore, les objectifs ont été dépassés en accordant cette allocation directe à

32 usagers et leur famille. De plus, le CSSS du Haut-Saint-Laurent a contribué à l'implantation de la clinique d'évaluation diagnostique des troubles envahissants du développement en partenariat avec le Suroît. Une psychoéducatrice a été formée et participe à l'évaluation des enfants d'âge préscolaire du Haut-Saint-Laurent.

Jeunes en difficulté : Il a été noté une augmentation des demandes d'aide et de jeunes et leur famille en difficulté rejoints. 536 jeunes et leur famille ont été rejoints, ce qui équivaut à une moyenne de 7,52 interventions. L'ajout d'une psychoéducatrice à l'équipe en place a permis un suivi plus intensif de certaines familles. L'ajout d'un agent de liaison local a permis de réaliser plusieurs activités de promotion pour le programme CAFE (crise-ado-famille-enfance) et de faciliter les références. Les équipes psychosociales du CSSS ont été rencontrées, de même que les écoles secondaires du territoire et autres partenaires impliqués auprès des jeunes et leur famille.



Santé mentale

Pour les deux équipes (jeunesse et adulte) le grand défi a été le recrutement de personnel. Malgré les difficultés rencontrées, 295 usagers ont reçu des services de première ligne. Le CSSS du Haut-Saint-Laurent a participé activement aux nombreuses rencontres des différents comités de travail avec les CSSS du Suroît, de Vaudreuil-Soulanges et des organismes communautaires, en vue de développer un réseau intégré de services en santé mentale.

L'arrivée du Dr Monette comme psychiatre consultant (1/2 journée/mois) en octobre 2007 est venue combler la place laissée vacante par Dr. Daniel Bélec auprès de l'équipe santé mentale adulte.

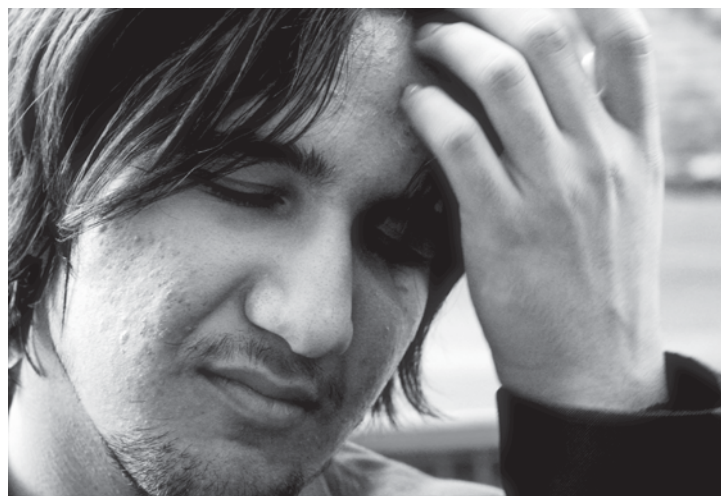
L'équipe de santé mentale jeunesse est appuyée par Dr Martin Gauthier, pédopsychiatre du RUIS McGill, et depuis mai 2007 un nouveau membre s'est joint à l'équipe pour compléter l'expertise (psychologue- psychoéducateur et travailleur social).

Sécurité civile

Plusieurs événements ont nécessité la mobilisation de l'équipe d'intervention psychosociale. En janvier 2008, il y a eu les risques d'inondation de la rivière Châteauguay suite à des températures au-dessus du point de congélation avec des précipitations marquées de pluie. En août 2007, un épisode de chaleur accablante a mis l'ensemble du personnel en alerte, afin de prévenir les effets indésirables dû à ces hausses marquées de chaleur auprès des clientèles vulnérables du territoire du Haut-Saint-Laurent. Dans le but de bien sensibiliser et préparer les intervenants psychosociaux, une formation de deux jours a été offerte aux intervenants psychosociaux du CSSS afin de les habiliter à l'intervention dans un contexte de sécurité civile. Dix-neuf intervenants ont suivi cette formation et, de ce nombre, quatre intervenants forment l'équipe de base de première ligne.

Jacinthe Demers

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





DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET INFORMATIONNELLES

Plan de main d'œuvre

Un comité de plan de main d'œuvre a été mis sur pied afin d'amener des solutions concernant la pénurie d'employés. Un projet de fidélisation a également débuté afin de rendre uniforme le fonctionnement du service aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV). Ce projet se terminera à l'automne 2008.

Négociations locales

Au cours de l'année, les 26 matières de la convention collective ont été négociées localement. Une entente a été signée avec les syndicats APTS et CSD selon la période prescrite, soit en juin 2007. Il y a eu recours cependant à un médiateur d'arbitrage pour le syndicat PSSU, occasionnant un délai jusqu'en janvier 2008. En regard de ce dernier syndicat, il y a eu à concrétiser la titularisation des postes (nouvelle méthode garantissant huit quarts de travail par période de 28 jours). Par la suite, des cadres ont été formés pour être en mesure de bien suivre cette convention collective locale. Les rencontres régulières ont été remises à l'agenda avec tous les syndicats. La fin de la période de réorganisation a favorisé le rétablissement d'un climat de travail plus serein.

Logiciel d'horaire

Le CSSS du Haut-Saint-Laurent a opté pour un logiciel d'horaire, soit celui de Logibec. Ce nouveau logiciel a amené à faire une étude de toutes les tâches au sein du CSSS pour constituer une centrale unique de remplacement. Les listes des employés sur appel ont été regroupées suite aux négociations locales pour ainsi harmoniser le fonctionnement de remplacement des employés. La centrale de remplacement est située dans les bureaux des ressources humaines pour ainsi répondre à toutes les questions des employés.

Ressources informationnelles et informatiques

Le CSSS a travaillé beaucoup sur les mesures de sécurité imposées par le ministère de la Santé et des Services sociaux: sur les 63 mesures demandées, 15 étaient prioritaires, en plus des installations de pare-feu (firewall). À part le logiciel d'horaire et de paie, il y a eu l'implantation des logiciels Approvisionnement et de SIRTIF (système d'information utilisé pour gérer le suivi des usagers placés auprès de ressources intermédiaires, de ressources de type familial et de centres de services de réadaptation), de la mise à jour de Sield (qui gère l'ouverture des dossiers des usagers et le suivi des épisodes de soins et services à la clientèle des centres d'hébergement) et du déploiement de la version 6.5 du système de courriel Lotus Notes

Jacqueline Bourgoin

Directrice des ressources humaines et informationnelles



DIRECTION DES SERVICES FINANCIERS ET DU SOUTIEN TECHNIQUE

Volet financier

Le budget d'exploitation pour l'exercice terminé le 31 mars 2008 démontre un léger surplus, c'est à dire l'équilibre budgétaire.

L'état financier contenu dans le présent rapport annuel a été préparé par la direction des services financiers et de 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 indique que l'établissement s'est conformé aux dispositions de la loi et des règlements sur la gestion financière des établissements.

Volet services techniques

Dans le cadre de la gestion des services techniques pour l'année 2007-2008, des projets importants ont été réalisés dans les établissements du CSSS afin de maintenir un confort, une intimité et une sécurité autant pour la clientèle que pour les employés.

- Centre d'hébergement du comté de Huntingdon

Il y a eu la rénovation de deux chambres de bain ainsi que l'acquisition de trois nouveaux bains afin d'offrir encore plus de qualité et de confidentialité aux résidents. De plus, dans le but de permettre une meilleure communication entre les résidents et les intervenants, un système d'appel a été changé et adapté permettant de communiquer de façon rapide et précise partout dans le bâtiment.

- Hôpital Barrie Memorial

Durant l'année 2007-2008, il a été préparé un plan fonctionnel et technique avec l'équipe de l'hôpital pour la rénovation et l'agrandissement de l'urgence afin d'installer un tomodensitomètre. Les travaux pour les deux projets sont prévus à l'automne 2008. Il y a eu également des travaux de rénovation des chambres pour les résidents stagiaires en médecine.

- Centre d'hébergement d'Ormslow (centre de jour)

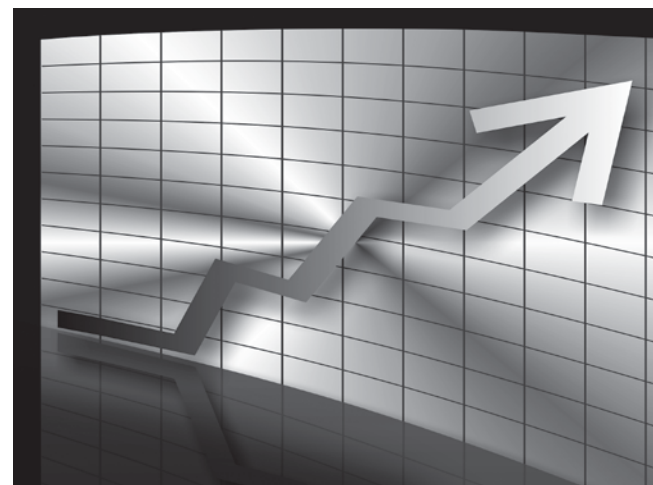
Dans le but de permettre aux clients qui fréquentent le Centre d'hébergement d'avoir une aire de rencontre confortable et plus accessible, les lieux physiques, tels que la toilette, les espaces de circulation et de rangements, ont été réaménagés. Des bureaux pour des professionnels du CSSS ont été rénovés afin qu'ils puissent rencontrer et discuter avec la clientèle.

Priorités 2008-2009

Pour l'année 2008-2009, il y a encore des projets importants pour ces établissements afin que le CSSS soit d'avant-garde tant pour assurer le bien-être des clients que pour faciliter les interventions professionnelles des différents intervenants.

Richard Tremblay

Directeur des services financiers et techniques





BILAN DE LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES

La commissaire aux plaintes est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes. Elle relève directement du conseil d'administration du CSSS et ce dernier doit s'assurer de l'absence de conflit d'intérêt la concernant, ce qui assure au processus de plaintes une objectivité, une impartialité garante de son bon fonctionnement et de l'objectif d'amélioration de qualité qu'elle vise.

Le rapport des plaintes reçues du 1er avril 2007 au 31 mars 2008 fut déposé au conseil d'administration en mai dernier. Le CSSS du Haut-Saint-Laurent a reçu 18 plaintes pour l'ensemble de ses services : cinq plaintes reçues et quatre traitées dans l'année au CLSC, deux plaintes reçues et traitées en CHSLD et onze plaintes reçues dont sept traitées en centre hospitalier.

Les principaux objets de plaintes sont :

- les soins et les services dispensés (accessibilité, continuité, arrêt de services, évaluation et jugement professionnel),
- les relations interpersonnelles (respect de la personne, changement d'intervenant),
- les droits particuliers (participation de l'utilisateur aux décisions affectant sa santé, consentement éclairé),
- l'organisation du milieu et les ressources matérielles (organisation spatiale, adaptation des lieux, sécurité).

Les principales mesures correctives sont les suivantes :

CLSC : amélioration des communications au niveau de l'information et de la sensibilisation des intervenants;

CHSLD : adaptation du milieu de vie, aménagement d'un fumoir pour les résidents et sécurisation des portes patios;

CHSGS : amélioration des mesures de sécurité et de protection lors de chutes à l'hôpital, évaluation complète et prise de radiographie avant le congé, instauration d'un système de double vérification du circuit d'analyses au laboratoire, encadrement et formation des intervenants, réduction des délais d'attente et réévaluation des usagers après le triage.

Je tiens à remercier sincèrement l'équipe du CSSS du Haut-Saint-Laurent et également les membres des comités des résidents, des usagers et de vigilance.

Sophie Marchildon

Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services



FONDATIIONS DU CSSS

Fondation de l'hôpital Barrie Memorial

Lors de l'assemblée régulière de la Fondation tenue le 3 octobre 2006, les membres du conseil d'administration ont voté un montant de 750 000\$ pour l'achat d'un tomodensitomètre, même si l'Agence n'avait pas encore donné son accord pour le budget d'opération. Ce budget est maintenant accordé.

À l'assemblée régulière du 19 juin 2007, les membres ont donné leur accord à dépenser les sommes nécessaires à la rénovation de l'urgence, soit un montant de 1 282 570\$. L'Agence a promis de fournir un montant de 300 000\$ envers ce projet et le CSSS du Haut-Saint-Laurent voit à la possibilité de financement additionnel. La campagne de financement se poursuit toujours, et tous les dons reçus aideront à défrayer les coûts de ces projets. La Fondation reconnaît les dons généreux et l'appui continu de la communauté.

Fondation québécoise de l'hôpital Barrie Memorial

La Fondation québécoise de l'hôpital Barrie Memorial a permis au CSSS de se moderniser en mettant à jour son équipement dans la mesure où elle a contribué au financement des travaux de rénovation de la salle d'urgence et de l'acquisition d'un tomodensitomètre.

Fondation du Centre d'hébergement du comté de Huntingdon

Dans le but d'améliorer la qualité de vie des gens hébergés à ce Centre, la Fondation a contribué au financement des bains thérapeutiques. L'activité annuelle (le tournoi de golf) a récolté une somme de 15 700\$ qui servira à financer un solarium.





CONSEILS ET COMITÉS DU CSSS DU HAUT-SAINT-LAURENT

Il y a présentation dans cette section des faits saillants des principaux comités et conseils mis en place au CSSS du Haut-Saint-Laurent.

Comité des usagers

Durant l'année, le comité a tenu trois réunions régulières. Le comité a entrepris notamment diverses démarches pour mieux faire connaître les droits des usagers. Des dépliants ont été diffusés à la clientèle des établissements. Des affiches ont été installées dans les installations pour la promotion et la défense des droits des usagers. Des étiquettes autocollantes ont été ajoutées afin de publier le numéro de téléphone que les usagers peuvent utiliser lorsqu'il s'agit de dénoncer une insatisfaction ou autre à la commissaire locale aux plaintes, en l'occurrence, madame Sophie Marchildon.

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens


L'assemblée générale du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens s'est tenue à trois reprises. Les membres du comité exécutif des médecins se sont rencontrés huit fois. Le suivi de la qualité des services a été à l'ordre du jour à chaque rencontre de l'exécutif et de l'assemblée générale, de même que les affaires médico-administratives courantes. Les médecins du service de l'urgence ont eu deux réunions où les sujets suivants ont été traités : rôle et responsabilités du chef de l'urgence, qualité de l'acte médical à l'urgence, rapports d'analyses de laboratoire, rénovations à la salle d'urgence et installation d'un tomodensitomètre. Les membres du comité de l'urgence ont eu trois réunions pour discuter des sujets suivants : règlement du service de l'urgence, ordonnances collectives, formation pour infirmier(ière)s de l'urgence, plan de rénovation de l'urgence, entente de gestion et biométrie.

Concernant le recrutement médical, le CSSS a participé à la journée carrière Québec organisée en octobre 2007 à Montréal pour rencontrer les médecins résidents finissants.

Conseil multidisciplinaire

Les membres présents lors de l'assemblée générale annuelle eurent l'occasion de prendre connaissance des enjeux affectant certaines professions et de les transmettre directement à la directrice générale par intérim par le biais de présentations d'une nutritionniste, une ergothérapeute, une physiothérapeute, une organisatrice communautaire, une archiviste, et une travailleuse sociale. D'autres sujets ont été abordés par le comité, notamment la rétention du personnel professionnel, les politiques de formation, les communications avec les mem-





bres, l'appropriation du budget du conseil multidisciplinaire, la représentation pour l'agrément, la nature du moratoire sur la formation du personnel, le recrutement à prioriser et le projet de plan de développement des ressources humaines (PDRH) du CSSS du Haut-Saint-Laurent.

Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Cette année, le conseil des infirmières et infirmiers s'est investi à recruter une présidente qui a débuté en janvier 2008. Le comité exécutif a travaillé au développement de la cohésion du conseil unifié en facilitant la représentation d'infirmières venant de chacune des installations. Il a favorisé l'harmonisation des pratiques pour réussir l'adaptation aux changements en lien avec la réorganisation des services.

Au volet appréciation de la qualité des services, le CII a été actif aux activités de prévention et contrôle des infections tout comme au programme de gestion des risques.

Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA)

Le conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires, qui a participé aux activités du conseil des infirmières et infirmiers par sa représentation au sein du comité exécutif, a eu la même préoccupation, soit d'assurer une cohésion au sein d'un CIIA unifié et de maintenir et améliorer la qualité des soins et services.

Comité de gestion des risques et de la qualité

Il a été recensé 468 incidents/accidents pour l'année financière 2007-2008. Ce recensement comptabilise les accidents/incidents déclarés sur le formulaire AH-223. À la lecture de ces statistiques, l'année 2007-2008 compte sensiblement le même nombre de déclarations, malgré l'ajout du CLSC et de l'imagerie médicale. Par ailleurs, il y a une augmentation dans les secteurs de médecine/chirurgie (15 déclarations) et du CHCH (15 déclarations). L'urgence a diminué de 12 déclarations et le CHO a diminué de 18 déclarations. Les chutes demeurent l'objet qui présente le taux le plus élevé (67,52%). Elles sont suivies par les erreurs de médicaments (18,59 %). Sur 133 accidents/incidents, soit 75,94% des événements, il n'y a eu aucune conséquence chez l'utilisateur : 24,06% de la clientèle victime d'un accident/incident a eu un préjudice. Il y a eu, pour l'année financière 2007-2008, 86 erreurs pour 102

déclarations d'erreurs de médicaments en 2006-2007, soit 16% de moins.

À la suite des analyses de déclarations, les mesures prises par le comité sont les suivantes:

- Renforcer les mesures dans une approche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des services;
- Planifier des séances de formation et d'information sur la prévention des risques pour chacune des équipes des différents programmes;
- Normaliser les outils de statistiques pour assurer une approche intégrée de la gestion des risques intégrée, faciliter l'analyse des données et des résultats comparables et convenir d'un produit pouvant être utilisé par tous;
- Planifier des activités et des moyens d'action dans le but de décentraliser une approche de prévention des risques au sein des équipes de soins et de services du CSSS;
- Faire appliquer la politique portant sur la divulgation de l'information à un usager à la suite d'un accident;
- Souligner l'importance de déclarer les incidents et les accidents et de bien compléter le formulaire AH-223;
- Renforcer auprès des chefs de services l'importance de faire l'analyse des rapports d'incidents/accidents afin de mettre rapidement en place des mesures correctives;
- Diffuser des tableaux de bord aux chefs de service pour qu'ils assurent un suivi avec leurs équipes de soins;
- Initier un partenariat avec le comité clinique et le service de pharmacie pour la mise sur pied d'un comité interdisciplinaire ayant comme but l'implantation de mécanismes de prévention des erreurs reliées aux médicaments. Ce comité pourrait :



- ⇒ Analyser des rapports de déclaration : recommandations ou correctifs,
- ⇒ Diffuser des résultats auprès du personnel,
- ⇒ Impliquer des chefs de services,
- ⇒ Réviser des procédures d'administration des médicaments ou réviser des procédures actuelles,
- ⇒ Réviser le formulaire de déclaration des erreurs de médicaments,
- ⇒ Rappeler les principes d'administration de la médication afin d'améliorer les processus ainsi que la sécurité.

- Faire un rappel auprès des équipes de professionnels sur l'importance de déclarer les erreurs de médicaments dans un objectif de prévention, et diffuser des tableaux de bord aux chefs de service pour qu'ils assurent un suivi avec leurs équipes de soins.

Au niveau de la surveillance des infections nosocomiales, il y a eu, pour l'année financière 2007-2008, le recensement des infections relatives aux bactéries multidisciplinaires. À la mission hospitalière, huit cas ont été traités de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM) de moins que pendant l'année 2006-2007. Il y a eu aussi huit cas de *C. difficile* de moins. La surveillance des infections relatives aux bactéries multirésistantes est un objectif d'amélioration considéré comme important. Un suivi est fait de façon périodique et les pratiques de protection sont questionnées afin d'assurer des soins sécuritaires pour les usagers du CSSS. La révision du secteur hygiène et salubrité a été un élément important dans l'atteinte de l'objectif en terme de surveillance.

Une nouvelle structure de travail permet d'assurer en tout temps le recours à une ressource pour faire les désinfections telles qu'elles sont recommandées dans le rapport de la visite ministérielle, en ce qui concerne la prévention et le contrôle des infections. Le comité de prévention et contrôle des infections nosocomiales est proactif et intervient dans une approche CSSS. Une clinicienne représente chacune des installations afin qu'une même vision en matière de contrôle et de prévention soit partagée.

SUIVI DE L'ENTENTE DE GESTION 2007-2008

Fiche de reddition de comptes					
Cible 2010	Personnel du réseau et du Ministère				
5.96%	Améliorer la gestion de la présence au travail				
<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>	<i>Cibles 2007-2008</i>	<i>Résultats 2007-2008</i>	<i>Évaluation</i>	<i>Commentaires</i>
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	7.72%	7.13%	5.99%	□□	<i>Beaucoup d'efforts ont été apportés. Cible dépassée</i>
Cible 2010	Prévention et contrôle des infections nosocomiales				
100%	P.1 Nombre d'infirmières (ETP) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales				
100%	0.3 ETP	0.62 ETP	0.60 ETP	□□	<i>Les cibles du nombre d'infirmières (ETP) en P CI est réalisées</i>
CH	0.3 ETP	0.35 ETP	0.35 ETP	□□	
CHSLD	0 ETP	0.27ETP	0.25 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				
	N/A	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.				
433 usagers	1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)				
	374	420	352	□□	<i>Retour des employés sur le marché du travail après la fermeture des usines 2005-2006. Demande de services a diminué. Révision de la cible en 2008-2009</i>
2.72 inter/pers	1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)				
	2.64	2.72	2.80	□□	

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008	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 reléguées 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)			
	531	552	520	☐☐	<i>Une modification aux pratiques fera partie d'un plan d'action 2008-2009. Collecte de données à partir des endroits où on consulte cette clientèle.</i>
24 inter/pers	1.3.2	Nombre moyen d'intervention en soutien à domicile reçu par les personnes en perte d'autonomie			
	23.52	24	23.65	☐☐	<i>L'engagement déboursé de 24 inter/pers pour la prochaine année pourra être respectée</i>
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			
	3.42	3.47	3.35	☐☐	<i>Un engagement de 3.47 est plus réaliste selon la demande de services de la clientèle qui s'alourdit .</i>
0.23 h/j/prés	1.3.4	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD			
	0.20	0.20	0.17	☐☐	<i>Cible difficile à atteindre principalement dû au manque de professionnels. Un poste est actuellement partiellement comblé ce qui devrait permettre d'atteindre 0.20-j-prés.</i>
Cible 2010	Déficiência physique -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 déficiência physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en maintenant l'intensité des services.				
16.8% des pers. 182 personnes	1.4.1	Nombre de personnes ayant une déficiência physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)			
	101	124	123	☐☐	<i>Un engagement de 3.47 est plus réaliste selon la demande de services de la clientèle qui s'alourdit .</i>
21.47 inters/pers	1.4.2	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC) par usager (DP)			
	22.04	21.91	25.93	☐☐	<i>Cible un peu trop élevée, un effort un peu plus grand sera demandé pour rejoindre 21.47 inters/pers en 2010</i>
Cible 2010	Déficiência physique - 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 déficiência physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.				
6.5 % des familles 38 familles	1.4.3	Nombre d'usagers ayant une déficiência physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe			
	9	16	20	☐☐	<i>Cible dépassée</i>

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008	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.				
34 personnes	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)				
	34	34	42	☐☐	Cibles dépassées
28 personnes DI (1.5.1)	31	31	33	☐☐	
6 personnes TED (1.5.4)	3	3	10	☐☐	
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				
	13.32	13.32	15.74	☐☐	Cibles dépassées
13 inter/pers DI (1.5.2)	14.52	14.52	19	☐☐	
8 inter/pers TED (1.5.5)	1	1	3.4	☐☐	

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.				
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.				
	30	31	32	☐☐	Cibles atteintes
27 usagers DI (1.5.3)	15	16	16	☐☐	
8 usagers TED (1.5.6)	15	15	16	☐☐	

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				
487 familles	1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)				
	500	480	536	☐☐	Cible dépassées, beaucoup de demande d'aide sur le territoire
7 inter/jeunes	1.6.2 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)				
	7.65	7	7.52	☐☐	Résultat atteint se rapproche de la cible

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				
	12.76	10.90	13.06	☐☐	Le séjour moyen dépend des corridors de services établis et le temps pour le transfert
0%	1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale				
	2.5	0.5	3.67	☹	Le pourcentage de plus de 48 heures n'est pas un bon indicateur à cause du faible nombre de la clientèle

Fiche de reddition de comptes

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008	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.				
444 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)				
	350 (R 319)	432	295	□	La cible à atteindre est à revoir en 2008-2009. En 2007-2008, plusieurs absences dans l'équipe n'ont pu être remplacées ce qui a influencé le nombre d'usagers rejoints
Moins 18 ans 80 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)				
	52	60	52	□□	
Plus de 18 ans 364 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)				
	298	372	243	□	

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				
	12.71	12.3	11.13	□□	On constate une amélioration dans l'atteinte des cibles due à l'efficacité et la vigilance de l'équipe de l'urgence.
12 heures	1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus				
	17.06	14.1	14.93	□□	
0%	1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière				
	2.53	2	1.25	□	
0%	1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus				
	5.33	2.5	2.05	□□	

Cible 2010	Soins palliatifs				
Objectifs de résultats	Accroître l'accès aux services de soins palliatifs à domicile et en maintenant une intensité des services				
96 personnes	1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile				
	62	57	73	□□	Tendance de l'atteinte de la cible 2010. Nomination d'une infirmière conseil en Santé physique 1/jr sem.
16 inter/pers	1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile				
	18.90	16.00	22.58	□□	Le nombre d'intervention est justifié par la condition de la personne et surtout par la durée moyenne de l'accompagnement requis.

Fiche de reddition de comptes

Indicateurs	Résultats 2006-2007	Cibles 2007-2008	Résultats 2007-2008	Évaluation	Commentaires
-------------	------------------------	---------------------	------------------------	------------	--------------

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)				
	340	319	264	□□	
Augmentation	1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)				
	69	136	56	☹	Manque d'effectif en chirurgie. En 2009, nous récupérerons notre deuxième PREM pour la chirurgie.
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 :	□□	75%+
	□	entre 50% et 75%
	☹	entre 25% et 50%
	☹	- 25%

DONNÉES FINANCIÈRES

RÉSULTATS-SOMMAIRE

ACTIVITÉS PRINCIPALES	Exercice	
	courant 1	précédent 2
REVENUS		
Agence de la santé et des services sociaux et Ministère de la santé et des services sociaux.....01	24,043,925	23,849,841
.....02	XXXX	XXXX
Usagers.....03	2,551,220	2,208,667
Ventes de services.....04	74,076	83,124
Recouvrements.....05	83,293	111,176
Autres.....06	107,758	184,267
TOTAL (L.01 à L.06).....07	26,860,272	26,437,075
CHARGES		
Salaires.....08	14,371,958	13,245,220
Avantages sociaux.....09	3,756,345	3,525,429
Charges sociales.....10	2,066,284	1,972,950
Médicaments.....11	366,937	388,009
Produits sanguins.....12	212,834	247,613
Fournitures médicales et chirurgicales.....13	664,077	504,951
Denrées alimentaires.....14	416,678	384,879
Autres.....15	4,936,430	6,162,877
TOTAL (L.08 à L.15).....16	26,791,543	26,431,928
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS PRINCIPALES (L.07 - L.16).....17	68,729	5,147
ACTIVITÉS ACCESSOIRES		
REVENUS		
Financement public et parapublic.....18		
Revenus commerciaux.....19	174,631	151,443
Revenus d'autres sources.....20	0	2,222
TOTAL (L.18 à L.20).....21	174,631	153,665
CHARGES		
Salaires.....22	37,089	37,662
Avantages sociaux.....23	7,846	8,445
Charges sociales.....24	5,248	5,531
Autres.....25	134,771	107,174
TOTAL (L.22 à L.25).....26	184,954	158,812
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS ACCESSOIRES (L.21 - L.26).....27	(10,323)	(5,147)
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DU FONDS D'EXPLOITATION (L.17 + L.27).....28	58,406	0

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 2008, 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. Ces états financiers sont un extrait du rapport financier annuel sur lesquels nous avons exprimé notre opinion en date du 18 juin 2008.

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 et ses dépenses ou son volume de services ou d'activités;

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

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

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

Le rapport financier annuel donne, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière de l'Établissement au 31 mars 2008, 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 conformément aux normes et aux pratiques comptables reconnues dans les établissements relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux.

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.

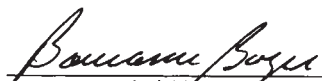
Nom de
l'associé
responsable Pierre St-Jean, CA

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


Le vérificateur

Date: 18 juin 2008

ANNEXE 1

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

Informations sur la prestation sécuritaire de services de santé et des 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 Benoît	Chef administration programme services généraux
Roger Benoît	Chef de service hygiène et salubrité
Diane Blanchard	Chef administration programmes PALV
Caroline Brooks	Chef clinico-administratif prog. 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
Guy Deschênes	Directeur général
Sophie Goneau	Pharmacienne
Isabelle Legault	Ergothérapeute
Dr Christiane Morin Blanchet	Directrice des affaires médicales
Antoine Pineault	Chef des laboratoires et imagerie médicale
Richard Tremblay	Directeur des services financiers et du soutien technique



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

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

- **Chutes en centre d'hébergement**
- **Gestion des erreurs de médicaments**
- **Révision 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 :

- **Achat d'un logiciel gestion des risques**
- **Déploiement de la procédure d'enquête et d'analyse des accidents à conséquences majeures des événements sentinelles.**
- **Diffusion du plan de désastre, appropriation et exercice statutaire**
- **Renforcement formation gestion des risques/divulgence des accidents dans une approche « culture de sécurité »**

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 : **351**

3.2. Nombre d'incidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse : **351**

20 % 40 % 60 % 80 % 100 %

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

20 % 40 % 60 % 80 % 100 % approximatif

3.4. Nombre d'accidents déclarés pour l'année budgétaire en cours : **117**

3.5. Nombre d'accidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse approfondie : **117**

20 % 40 % 60 % 80 % 100 %

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

20 % 40 % 60 % 80 % 100 % approximatif

Pourcentage de divulgation des accidents déclarés : **75 %**

3.7. Nombre d'accidents déclarés où il y a eu décès : **1**

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

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 : **0**



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**

4.5 Agrément obtenu : Oui Non **En attente de la décision**

4.6 Si oui, type d'agrément obtenu : **En voie d'obtention**

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

- 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 2008

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
Deschênes, Guy	Directeur général (congé sabbatique)
Dupuis, François	Conseil multidisciplinaire
Greig, Madeleine	Population
Lachance-Legault, Louise	Cooptation
Zabian, Randa	Conseil médecins, dentistes et pharmaciens (membre démissionnaire 2007)
Lafrenière, Renée	Conseil médecins, dentistes et pharmaciens (membre remplaçant 2008)
Laliberté, Ilse	Personne morale
Leclerc, Marcel	Population
L'Heureux, Heather	Comité des usagers
Lortie, Francine	Directrice générale intérimaire et secrétaire
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 général
Villeneuve, Alain	Conseil des infirmières et infirmiers

• Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Dr Aikin, Ken	
Dr. Brissette, Kevin	Président
Dr Geukjian, S.K.	
Dr Lemieux, Raymond	
Lortie, Francine	Directrice générale intérimaire
Dr Morin Blanchet, Christiane	
Dr Vandor, Tom	



• **Conseil multidisciplinaire**

Brousseau, Danielle	Secrétaire
Dagenais, Paulette	
Dupuis, François	Président
Laurin, Marie-France	
Legault, Isabelle	
Lortie, Francine	Directrice générale intérimaire
Richer, Line	Vice-présidente

• **Conseil des infirmières et infirmiers**

Chiasson, Anne	
Paquin, Thérèse	
Pinsonneault, Mélanie	Présidente
Viau, Martine	

• **Comité administratif du conseil d'administration**

Reddick, Milton	Président
Lortie, Francine	Directrice générale intérimaire et secrétaire
Leclerc, Marcel	Vice-président
L'Heureux, Heather	Trésorière
Ouimet, Céline	Membre du conseil d'administration

• **Comité de vérification du conseil d'administration**

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

• **Comité de vigilance et de la qualité**

Lortie, Francine	Directrice générale intérimaire 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**

Mireille Benoît	Chef administration programme services généraux
Roger Benoît	Chef de service hygiène et salubrité
Diane Blanchard	Chef administration programmes PALV
Caroline Brooks	Chef clinico-administratif 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
Guy Deschênes	Directeur général
Sophie Goneau	Pharmacienne
Isabelle Legault	Ergothérapeute
Dr Christiane Morin	Directrice des affaires médicales
Antoine Pineault	Chef des laboratoires et imagerie médicale
Richard Tremblay	Directeur des services financiers et du soutien technique

• **Comité des usagers**

Jean-Charles Bourdeau	
Madeleine Himbeault Greig	Secrétaire
Heather l'Heureux	Présidente
Suzanne Richard	Trésorière
Donald Davidson	
Marcel Leclerc	
Eileen O'connor	
André Lanson	
Claudine Guillotte	

• **Comité d'éthique et de déontologie**

Alain Villeneuve
Ilse Laliberté
Nicole Tremblay