

Centre de santé et de services sociaux
Pierre-Boucher

CRÉER DES LIENS POUR LA VIE

**RAPPORT ANNUEL
DE GESTION
2011 • 2012**

RESPECT

PRÉVOYANCE

ÉQUITÉ

RESPONSABILITÉ

TABLE DES MATIÈRES

MOT DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE SORTANTE, DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE INTÉRIMAIRE	2
DÉCLARATION DE LA DIRECTION GÉNÉRALE	4
RAPPORT DE LA DIRECTION	4
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	
Mission	5
Valeurs	5
Organigramme du CSSS Pierre-Boucher	6
Contexte et faits saillants	7
Portrait de santé de la population du territoire	9
ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT	
Description des services offerts	11
Principales modifications apportées durant l'exercice dans les services offerts, dans l'acquisition d'immeubles, etc.	13
Orientations stratégiques et priorités d'action	15
Résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus	18
Application de la loi visant le retour à l'équilibre budgétaire	31
Recommandations faites par l'organisme d'agrément	31
Sécurité des soins et des services	32
Examen des plaintes et promotion des droits des usagers	32
Moyens mis en place pour évaluer la satisfaction de la clientèle	32
CONSEILS ET COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX	
	33
RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT	39
ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS DES OPÉRATIONS	40
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL	45

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

Nous sommes fiers de vous présenter le rapport annuel de gestion du CSSS Pierre-Boucher de l'année 2011-2012.

Sous le signe de l'amélioration et de la continuité, nous avons poursuivi nos efforts pour offrir à la population les meilleurs soins et services possible, dans les meilleures conditions. Voici, brièvement, quelques-uns des points marquants de l'année. Une lecture exhaustive du rapport vous instruira davantage sur les sujets qui ont retenu notre attention, les résultats de l'entente de gestion et les états financiers.

AMÉLIORER LA PRESTATION DE NOS SERVICES

Plusieurs projets visant à améliorer la prestation des soins et des services par une meilleure accessibilité ou par la construction ou la rénovation des installations ont vu le jour au cours de l'année.

D'abord, le nouveau Centre d'hébergement du Manoir-Trinité a accueilli ses 115 résidents dans un environnement des plus modernes, entièrement adapté à leurs besoins et ceux de leurs proches. Des rénovations importantes ont également été apportées à deux unités de vie du Centre d'hébergement de Mgr-Coderre, offrant des salons aux familles plus conviviaux, des chambres réaménagées pour 64 résidents et des cuisines plus modernes et plus fonctionnelles.

Grâce à des investissements d'Opération Enfant Soleil, du ministère de la Santé et des Services sociaux et de la Fondation Hôpital Pierre-Boucher, le secteur des soins intermédiaires de néonatalogie a été complètement rénové afin d'atteindre le niveau d'intensité de soins 2B, ce qui permet maintenant la prise en charge de nouveau-nés nécessitant des soins plus spécialisés. Notre établissement est le seul de la Montérégie à offrir ce niveau de soins.

L'accessibilité à la chirurgie bariatrique s'est considérablement améliorée au CSSS Pierre-Boucher par une réduction importante des listes d'attente dont le délai est passé de 5 ans à 9 mois entre

2008-2009 et 2010-2011, alors qu'elles se maintiennent à 2,5 ans ailleurs au Québec. D'autre part, nous avons débuté cette année la chirurgie pour la clientèle ayant besoin de chimiothérapie hyperthermie intrapéritonéale pour le traitement des cancers colorectaux.

Dans le cadre d'un projet de recherche clinique réalisé en partenariat avec l'Institut de cardiologie de Montréal, notre CSSS offre maintenant aux patients souffrant d'angine réfractaire la contrepulsion externe, une approche unique au Québec, qui consiste en la compression séquentielle de membres inférieurs à l'aide de brassards qui se gonflent et se dégonflent pour permettre une meilleure circulation artérielle. C'est grâce à l'initiative et au soutien de la Fondation Gosselin et de la Fondation Hôpital Pierre-Boucher que ce projet a pu être lancé.

Réalisé en collaboration avec les partenaires de notre réseau local de services, le projet clinique a poursuivi ses travaux. D'abord, des plans d'action visant à réviser les trajectoires de services pour les clientèles en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, de 0-5 ans et leur famille, de 6-18-24 ans et de santé mentale adulte sont en cours d'actualisation. Trois tables ont aussi débuté leurs travaux, soit celles portant sur les maladies chroniques, la lutte contre le cancer et les dépendances adultes.

Avec l'objectif d'améliorer substantiellement l'accessibilité aux services, nous avons poursuivi la réalisation de projets intégrant l'approche « Lean Health Care ». Un exercice a été débuté et implique la révision du processus d'admission des patients en provenance de la salle d'urgence pour notamment réduire le délai d'attente lors de l'attribution d'une chambre et améliorer le déroulement du séjour des patients hospitalisés. D'autres projets touchant, notamment, les unités de soins de l'hôpital, le service des achats ou la dotation ont également été amorcés et suscitent l'intérêt et la participation du personnel et des médecins.

PRÉVENIR ET PROMOUVOIR

Les liens avec notre communauté locale ont continué de s'intensifier par la mise en place de plusieurs actions visant à agir sur les déterminants de la santé par la promotion des saines habitudes de vie. En collaboration avec les organismes communautaires, les municipalités, les élus et les entreprises, des initiatives de toutes sortes ont été mises en place telles que l'amélioration de l'offre alimentaire dans un aréna, l'organisation de rencontres pour les personnes qui souhaitent arrêter de fumer ou la surveillance de l'exposition à la silice sur les chantiers de construction.

Une importante campagne de rattrapage en vue de contrer l'épidémie de rougeole constatée au Québec a par ailleurs permis de vacciner 2741 élèves de notre territoire.

La campagne On bouge vers le Sud a remporté un vif succès en mobilisant 650 employés et médecins de notre établissement qui se sont engagés pendant six semaines à faire 30 minutes d'exercice par jour.

LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ

La qualité des soins et des services passe nécessairement par l'expertise et la compétence du personnel. Dans le cadre de la campagne visant à contrer la maltraitance auprès des personnes vulnérables, une formation a été déployée en 1re ligne partout dans l'établissement afin d'améliorer les compétences pour dépister, prévenir, et intervenir auprès des adultes vulnérables à domicile.

Près de 3 000 employés, toutes catégories de personnel confondues, ont reçu plus de 99 000 heures de formation sur différents sujets touchant la qualité et la sécurité des soins et des services aux usagers.

Par ailleurs, le plan de sécurité civile de notre établissement, conformément aux lignes directrices du plan régional et national, a été élaboré au terme de plusieurs années de travail. De la formation et des outils ont été déployés à l'échelle de l'organisation dans le but

de préparer les équipes à toute éventualité impliquant des mesures d'urgence.

ACCUEILLIR UN NOUVEAU CONSEIL D'ADMINISTRATION

À l'instar de tous les établissements de santé et de services sociaux du Québec, un processus de désignation, d'élection et de cooptation s'est tenu à l'automne pour former le nouveau conseil d'administration dont le mandat a débuté en février. Nous tenons ici à souligner l'engagement assidu, la persévérance et la vision dont ont fait preuve les membres du conseil d'administration précédent dans l'administration de l'établissement, et ce, durant plus de 5 ans. Nous sommes convaincus que le nouveau conseil d'administration assurera la continuité de façon exemplaire.

DES PROJETS D'AVENIR

Au terme de deux années de travail, un plan fonctionnel et technique pour l'aménagement d'une nouvelle urgence a été déposé à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Élaboré sur la base des données démographiques jusqu'en 2020 de la population du réseau local de services Pierre-Boucher et des meilleures pratiques en matière de soins et de services d'urgence, ce projet permettra de répondre aux besoins actuels et futurs des usagers.

Un investissement de 1,4 M \$ de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie et de la Fondation Hôpital Pierre-Boucher destiné au Centre de référence pour l'investigation désigné (CRID) du cancer du sein situé à l'hôpital a été annoncé. Il permettra d'agrandir de 82 % la superficie et de moderniser les locaux. Une fois réalisés, ces travaux permettront d'offrir aux femmes un accueil personnalisé, des salles de déshabillage et d'attente qui leur sont dédiées et un bureau pour discuter en privé avec les intervenants.

Considérant la construction des nouveaux CHUM et CUSM sur l'île de Montréal, les CSSS situés en périphérie devront rapatrier certaines clientèles qui avaient coutume de recevoir leurs services de santé dans ces établissements. Un investissement de 2 M \$ est venu confirmer la première des quatre phases de réalisation de ce projet au CSSS Pierre-Boucher et permettra notamment la réalisation de travaux au service de l'endoscopie et aux laboratoires dans le but d'en augmenter la capacité d'accueil.

Dans un autre ordre d'idées, un exercice de planification stratégique pour les cinq prochaines années a été lancé. En lien avec les priorités ministérielles nationales et régionales

en santé et services sociaux, ce vaste chantier impliquant toutes les sphères d'activités de notre organisation nous amènera à identifier la vision organisationnelle qu'on se donne et les objectifs que nous allons nous fixer pour y arriver.

DES RÉALISATIONS DIGNES D'EXCELLENCE

Le programme MOSAIC, développé en partenariat avec le Centre de réadaptation en dépendances Le Virage, visant à offrir des services intégrés aux personnes adultes aux prises avec des problèmes concomitants de santé mentale et de dépendance, a raflé plusieurs distinctions. Une mention d'honneur de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, un prix d'excellence du MSSS et un prix d'excellence de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec ont couronné cette réalisation novatrice!

FORTERESSS, un projet régional de fidélisation et d'utilisation optimale des compétences très implanté dans les centres d'hébergement de notre établissement a pour sa part remporté un prix innovation clinique de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie. Enfin, un prix innovation en santé et sécurité du travail a été décerné à notre établissement pour l'adaptation d'une toile utilisée pour asseoir les patients. Félicitations à toutes les équipes impliquées dans ces projets exceptionnels.

Nous ne pouvons passer sous silence l'indéfectible dévouement des employés, médecins et bénévoles. Merci à toutes et à tous. Vous êtes le cœur du CSSS Pierre-Boucher. Enfin, nous sommes reconnaissants envers nos cinq fondations ainsi que nos partenaires de ce vaste réseau local de services pour le soutien continu qu'ils nous prêtent dans l'accomplissement de notre mission.



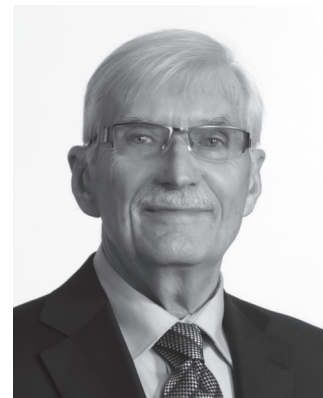
Luc Genest
Président du conseil d'administration



Caroline Barbir, Adm. A., CHE
Directrice générale sortante



Louise Potvin, B. Sc. inf., M.B.A.
Directrice générale intérimaire



Luc Genest
Président du conseil d'administration



Caroline Barbir
Directrice générale sortante



Louise Potvin, B. Sc. inf., M.B.A.
Directrice générale intérimaire

DÉCLARATION DE LA DIRECTION GÉNÉRALE

La direction générale a la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2011-2012 du CSSS Pierre-Boucher :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- présentent des données exactes et fiables.

Nous déclarons que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2012.

La directrice générale sortante,



Caroline Barbir, Adm. A., CHE

La directrice générale intérimaire,



Louise Potvin, B. Sc. inf., M.B.A.

RAPPORT DE LA DIRECTION

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

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées

adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du CSSS Pierre-Boucher reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent. Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme *Samson Bélaïr/Deloitte & Touche, s.e.n.c.r.l* dûment mandatée pour ce faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son

rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme *Samson Bélaïr/Deloitte & Touche, s.e.n.c.r.l* peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.



Caroline Barbir, Adm. A., CHE
Directrice générale sortante



Éric Champagne, CPA, CGA
Directeur des ressources financières



Louise Potvin, B. Sc. inf., M.B.A.
Directrice générale intérimaire

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

NOTRE MISSION

Le CSSS Pierre-Boucher est un établissement public de soins généraux et spécialisés ayant pour mission fondamentale d'améliorer la santé et le bien-être de la population dont il a la responsabilité. Le CSSS Pierre-Boucher réalise cette mission tout en permettant à sa population d'atteindre l'autonomie nécessaire au maintien de sa santé.

NOS VALEURS

DEUX PRINCIPES D'ACTION SUR LESQUELS SONT FONDÉES NOS VALEURS

Assises incontournables constituant des moteurs pour vivre nos valeurs, nos principes d'action, la CONFIANCE et la BIENVEILLANCE, inspirent le comportement que l'on adopte, le mot d'ordre que l'on se donne dans notre approche collective.

La confiance constitue un élément fondamental de la vie en collectivité. Chaque action posée chaque jour contribue à édifier ou à fragiliser cette confiance nécessaire à notre bon fonctionnement. Faire confiance, c'est assumer que l'autre personne est elle-même digne de confiance. Notre loyauté à l'organisation est impossible si la confiance fait défaut.

La bienveillance est un *souci de l'autre*, elle suggère de tendre vers ce qui, pour l'autre, est considéré comme étant « bien » sans pour autant que ce « bien » coïncide avec le nôtre. C'est l'intérêt supérieur de l'utilisateur qui motive nos comportements bienveillants à leur égard et entre nous, employés, médecins et bénévoles du CSSS.

DES VALEURS HUMANISTES

- **Le respect** : « *Prendre le temps de poser un second regard afin de ne pas heurter inutilement* »

La mission même du CSSS Pierre-Boucher requiert que ses médecins et son personnel s'investissent dans des rapports sociaux harmonieux et qu'ils traitent les usagers, leurs proches, leurs collègues de travail et toute autre personne avec respect et considération.

- **La responsabilité** : « *S'engager dans la mission du CSSS Pierre-Boucher, faire les bons choix et honorer ses engagements* »

L'importance d'effectuer les bons choix pour l'atteinte des buts visés, en concordance avec la mission et les orientations de l'organisation. La personne responsable assume ses actes et leurs conséquences. Elle honore ses engagements dans un climat de confiance partagée et collabore avec l'équipe pour le bien-être de la clientèle.

- **L'équité** : « *Apprécier de manière juste ce qui est dû à chacun. L'équité, bien plus que l'égalité* »

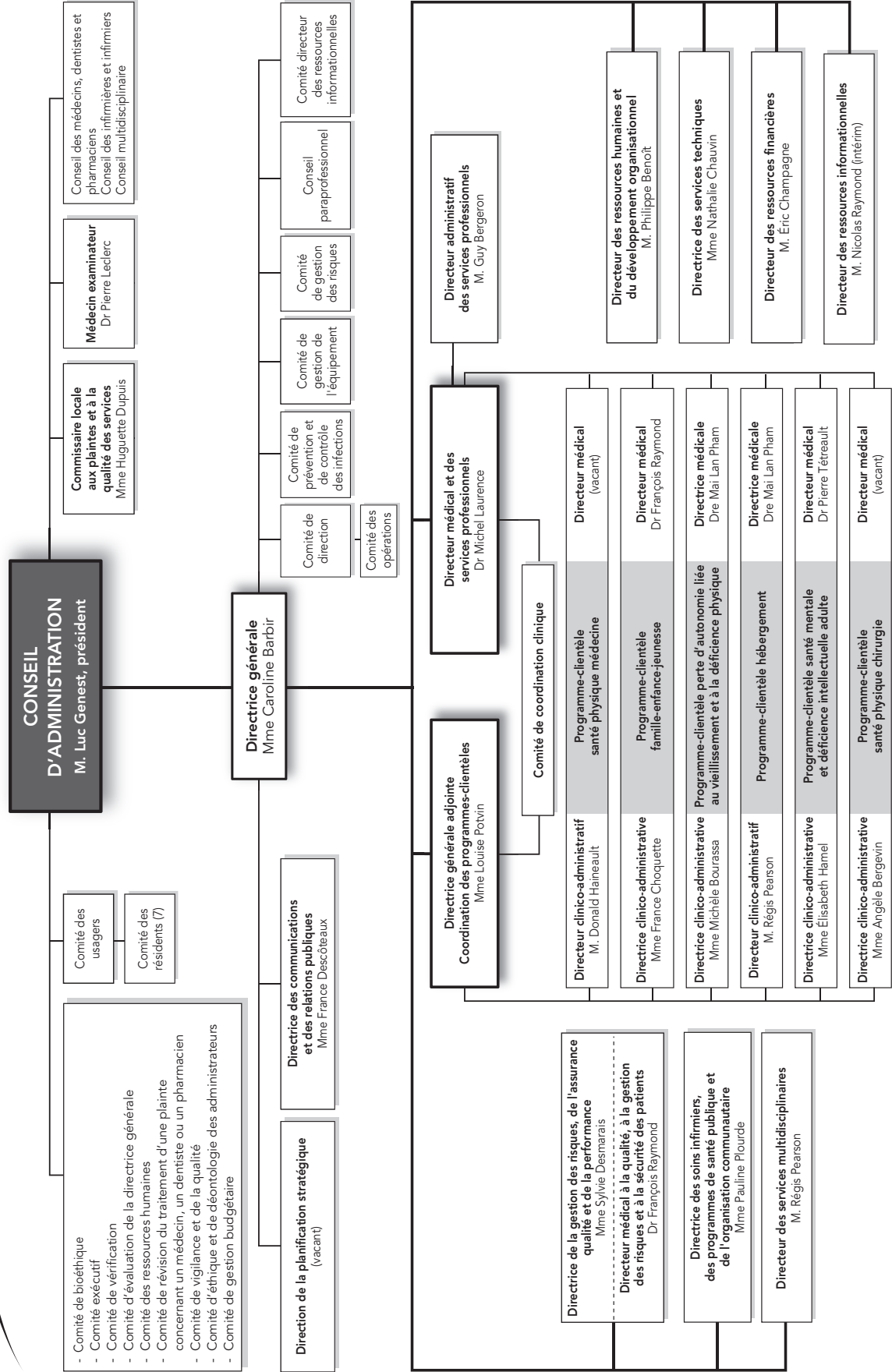
Cette valeur s'applique en matière d'accessibilité, de qualité, de sécurité, de répartition des ressources, de prestation de soins et de services, de respect des droits et libertés et dans l'application de nos règles internes. Elle permet d'assurer que chaque usager est justement apprécié, selon ses besoins et caractéristiques propres.

- **La prévoyance** : « *Faire preuve de sensibilité et d'ouverture afin de mieux voir venir* »

C'est le souci et l'attention que l'on porte aux personnes, aux choses, aux situations, pour mieux voir venir. La prévoyance nous aide, dans des contextes empreints d'incertitudes, à anticiper et à prévoir ce qui est préférable et meilleur. C'est prendre les précautions nécessaires pour améliorer la santé et le bien-être de notre population.

Centre de santé et de services sociaux
Pierre-Boucher

ORGANIGRAMME



CONTEXTE ET FAITS SAILLANTS

Plusieurs faits saillants ont caractérisé l'année 2011-2012. En voici les principaux :

Sur le plan budgétaire, malgré un contexte financier difficile, l'établissement a terminé l'année en équilibre par rapport au budget alloué et au respect de la cible déficitaire autorisée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les mesures relatives à l'application de la Loi 100 et à l'optimisation des services ont été appliquées selon les cibles fixées par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

En juillet 2011, un nouveau président a été élu au conseil d'administration après l'annonce du départ de celui qui était en fonction depuis septembre 2007. Par ailleurs, au terme du processus d'élection, de désignation et de cooptation des membres des conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux qui s'est déroulé dans l'ensemble du Québec au cours de l'automne, un nouveau conseil d'administration gouverne le CSSS depuis le 1^{er} février 2012.

Dans le contexte de la diminution de production de médicaments injectables par la compagnie Sandoz, un comité stratégique, formé de médecins, de pharmaciens et d'infirmières, a été mis en place dans le but de gérer la pénurie de médicaments injectables et d'identifier des solutions visant à limiter les impacts sur la prestation de soins et de services.

Considérant la construction des nouveaux CHUM et CUSM sur l'île de Montréal, les CSSS situés en périphérie devront rapatrier certaines clientèles qui recevaient leurs services de santé dans ces établissements. En Montérégie, pour chacun des établissements concernés, le dossier du rapatriement de la clientèle 514-450 a ainsi fait l'objet d'une évaluation quant aux locaux et aux équipements requis, à partir de données démographiques, pour répondre aux besoins associés au rapatriement de cette clientèle. Une annonce ministérielle d'un investissement de 2 M \$ est venue confirmer la première des quatre phases de réalisation de ce projet au CSSS Pierre-Boucher et permettra notamment

la réalisation de travaux au service de l'endoscopie et aux laboratoires dans le but d'en augmenter la capacité d'accueil.

En ce qui concerne l'organisation médicale au sein de l'établissement, le plan des effectifs médicaux a été rehaussé par l'ajout de huit nouveaux postes de médecins spécialistes et, en omnipratique, de trois postes de nouveaux facturants et de trois postes en mobilité interrégionale. En outre, le plan d'organisation médicale s'est vu modifié par la création du service médical d'oncologie, du service médical de soins palliatifs et du département d'anatomopathologie.

Une importante campagne de rattrapage de la vaccination en vue de contrer l'épidémie de rougeole constatée au Québec a été réalisée au sein des écoles primaires et secondaires du territoire et a permis de vacciner 2 741 élèves par l'administration de 4 573 doses.

Plusieurs actions visant à agir sur les déterminants de la santé de la population du territoire ont été réalisées. Notamment, le CSSS s'est impliqué dans les travaux du Comité pour la solidarité et l'intégration sociale de la Conférence régionale des élus (CRÉ) de Longueuil, au sein de l'Agenda 21 de la ville de Boucherville, dans la démarche de Revitalisation urbaine intégrée de Longueuil, au sein des tables de vie de quartier de Longueuil, de la table Action concertation vieillissement Longueuil (ACVL), de Jeunesse en forme de Longueuil ainsi que dans les activités de la Corporation de développement communautaire de Longueuil et de Marguerite-D'Youville.

De plus, nous avons atteint nos objectifs par rapport à plusieurs activités de notre plan d'action local en santé publique :

- Le soutien à la ville de Varennes pour l'amélioration de l'offre alimentaire à l'aréna municipal;
- La tenue de six séries de rencontres en groupe ainsi que des rencontres individuelles offertes à plus d'une centaine de personnes qui souhaitent arrêter de fumer;

- L'évaluation de 1 143 postes de travail dans le cadre du Programme Pour une maternité sans danger;
- La participation à un projet pilote provincial dans les chantiers de construction afin de surveiller et réduire l'exposition à la silice, responsable de problèmes pulmonaires et cancérogènes.

PRIX D'EXCELLENCE ET MENTIONS D'HONNEUR

Trois prix ont été décernés à MOSAIC, un programme développé en partenariat avec le Centre de réadaptation en dépendances Le Virage, qui vise à offrir des services intégrés aux personnes adultes aux prises avec des problèmes concomitants de santé mentale et de dépendance :

- Mention d'excellence dans la catégorie Accessibilité et continuité des services aux prix AQESSS 2011;
- Prix d'excellence de L'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (AQCRD), catégorie partenariat;
- Prix d'excellence 2011 du MSSS dans la catégorie partenariat.

FORTERESSS, un projet régional de fidélisation et d'utilisation optimale des compétences en centre d'hébergement a, quant à lui, reçu le Prix innovation clinique 2011 de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie.

Un Prix innovation en santé et sécurité du travail a été décerné à l'établissement pour l'adaptation d'une toile utilisée pour asseoir les patients.

PROTOCOLES D'ENTENTE ET CONTRATS D'ASSOCIATION

Des contrats d'association et des protocoles d'entente ont été signés au cours de l'année dans plusieurs sphères d'activités :

- contrats d'association pour l'accueil de stagiaires dans de nombreux programmes avec plusieurs institutions d'enseignement, dont le Cégep de

Saint-Hyacinthe, le Cégep Marie-Victorin (tous les programmes), le Cégep Saint-Jean-sur-Richelieu, les Centres de formation professionnelle et d'éducation des adultes Sorel-Tracy pour tous les programmes, le Collège Ahuntsic, le Collège Champlain (programme de soins infirmiers), le Collège Montmorency (réadaptation physique), le Collège Rosemont (inhalothérapie), la Commission scolaire des Patriotes, la Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys et le Riverside School Board.

• **Protocoles d'entente avec :**

- le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement de la Montérégie-Est (CRDITED), visant à formaliser les engagements et les modalités de collaboration entre les deux établissements pour offrir une meilleure réponse aux besoins des jeunes de 0-18 ans;
- le Centre jeunesse de la Montérégie, dans le but de formaliser les procédures, rôles et responsabilités entre les deux établissements et d'établir les corridors de services pour répondre aux besoins des jeunes de 0-18 ans;
- le CSSS Champlain–Charles-LeMoyne, afin d'assurer la continuité des services aux victimes de traumatismes se présentant à la salle d'urgence de l'Hôpital Pierre-Boucher;
- le nouveau GMF l'Autre maison, de Longueuil, spécialisé en périnatalité et dont les médecins pratiquent au CSSS Pierre-Boucher.

DES CHIFFRES QUI PARLENT

Chirurgie

- Près de 15 000 interventions chirurgicales ont eu lieu au cours de la dernière année;
- 517 interventions de chirurgie bariatrique, une augmentation de 15 % comparativement à 2010-2011;
- 291 interventions chirurgicales effectuées par des chirurgiens du CSSS

Champlain–Charles-LeMoyne au bloc opératoire de l'Hôpital Pierre-Boucher, une hausse de 39 %;

- 361 chirurgies de prothèses totales de hanche et de genoux, un accroissement de 12 % comparativement à l'an dernier;
- 15 445 examens par endoscopie, dont 11 716 en gastroentérologie, majoritairement des examens en coloscopie, une augmentation de 10,3 % comparativement à 2010-2011;
- les délais d'attente pour les chirurgies bariatriques sont de 9 mois alors que la moyenne au Québec est de 2,5 ans.

Médecine

- 2 377 patients ont été pris en charge grâce à une référence par le guichet d'accès à un médecin de famille, par rapport à 860 patients en 2010-2011.

Programme perte d'autonomie liée au vieillissement et à la déficience physique

- 2 807 usagers de 75 ans et plus ont été évalués avec un outil permettant de repérer les usagers à risque à l'urgence. À l'aide de cet outil, 1 471 usagers ont été dépistés à risque et 566 d'entre eux ont bénéficié d'une évaluation de l'équipe de consultation gériatrique;
- 4 127 personnes âgées en perte d'autonomie ont reçu des services à domicile. Intensité moyenne de 33 services par usager;
- 988 personnes ayant une déficience physique ont reçu des services à domicile. Intensité moyenne de

53 interventions par usager;

- nombre d'admissions en centre d'hébergement : 371, une légère augmentation par rapport à l'an dernier (364).

Prévention, promotion de la santé

Augmentation de 13 % du taux de vaccination. 87 % des enfants de 2 mois sont maintenant vaccinés dans les délais recommandés, comparativement à 78 % l'an dernier.

Ressources humaines

- Les effectifs du CSSS Pierre-Boucher sont demeurés les mêmes en 2011-2012 pour s'établir à 4 279 employés. Toutefois, pour le personnel infirmier, nous comptons 14 ressources de plus que l'an dernier, pour un total de 913 infirmières;
- 444 personnes ont participé à la journée d'accueil à laquelle sont conviés tous les nouveaux employés de l'établissement;
- 2 995 employés, toutes catégories de personnel confondues, ont reçu plus de 99 000 heures de formation sur différents sujets touchant la qualité et la sécurité des soins et des services aux usagers;
- 167 gestionnaires ont reçu près de 6 000 heures de formation touchant le développement de compétences cliniques et de gestion.

BILAN DE L'ACCUEIL DES ÉTUDIANTS ET DES STAGIAIRES

Secteurs d'activités	2010-2011	2011-2012
Soins infirmiers	1 866	2 229
Professions multidisciplinaires	135	115
Administration	74	56
Pharmaciens	16	8
Médecine	77	125
TOTAL	2 168	2 533

PORTRAIT DE SANTÉ DE LA POPULATION DU TERRITOIRE

1. CONDITIONS DÉMOGRAPHIQUES

Selon les projections démographiques de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), le réseau local de services (RLS) Pierre-Boucher compte environ 249 000 personnes en 2012. Il s'agit du 1^{er} territoire en importance en Montérégie quant à la taille de sa population (17 %), du 9^e territoire quant à sa superficie (460 km²) et du 2^e territoire quant à sa densité de population (534 hab./km²). La population du RLS devrait s'accroître de 7,7 % entre 2012 et 2031, soit une augmentation plus faible que celle de la Montérégie (14 %).

La répartition selon l'âge de la population du RLS Pierre-Boucher est relativement semblable à celle de la Montérégie. En 2012, la proportion de jeunes de moins de 18 ans du RLS atteint 19 % (20 % en Montérégie), tandis que celle des personnes âgées de 65 ans et plus est de 15 %, tout comme en Montérégie.

Néanmoins, à l'instar de la région et du Québec, le RLS n'échappera pas au vieillissement de sa population. Entre 2012 et 2031, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus passera de 15 à 25 %.

Le vieillissement de la population se produit à un rythme semblable sur le territoire de Pierre-Boucher par rapport à la Montérégie. Entre 2012 et 2031, le poids démographique des personnes âgées de 65 ans et plus devrait s'accroître de 63 % dans le RLS comparativement à 61 % en Montérégie.

2. CONDITIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES ET CULTURELLES

Dans l'ensemble, le RLS présente un profil socio-économique un peu plus défavorable que celui de la région. En comparaison de la Montérégie, le RLS compte proportionnellement plus de personnes vivant sous le seuil de faible revenu (16,4 c. 12,5 % en 2005) et plus d'adultes prestataires des programmes d'assistance sociale¹ (6,5 c. 5,5 % en 2009).

Pierre-Boucher présente une proportion de personnes d'expression anglaise² (4,3 %) plus faible que la valeur régionale

(11 %). Selon le recensement de 2006, leur nombre s'élève à près de 10 200 personnes, soit près de 7 % de la population d'expression anglaise de la Montérégie.

En 2006, on dénombre 20 075 immigrants sur le territoire de Pierre-Boucher, soit 9 % de la population du RLS; ils représentent 20 % des immigrants de la Montérégie.

3. ESPÉRANCE DE VIE

En 2003-2007, l'espérance de vie à la naissance des personnes qui résident sur le territoire de Pierre-Boucher s'établit à 80,6 ans. Les femmes ont toujours une espérance de vie à la naissance plus élevée que celle des hommes (82,8 c. 78,0 ans), quoique l'écart entre les sexes tend à s'amenuiser avec le temps.

4. NOUVEAU-NÉS

En 2008, les femmes du RLS ont donné naissance à 2 635 enfants. Le taux de natalité du RLS Pierre-Boucher est significativement inférieur à celui du Québec (10,8 c. 11,3 pour 1 000). Pour la période 2003-2007, 5,6 % des nouveau-nés avaient un poids insuffisant (moins de 2 500 g) et 7,8 % étaient prématurés (moins de 37 semaines). Par ailleurs, 8 % des naissances (non gémellaires) présentaient un retard de croissance intra-utérin. Depuis le début des années 1980, la proportion des naissances avec un retard de croissance intra-utérin a diminué, celle des bébés prématurés a augmenté alors que celle des bébés de faible poids est demeurée relativement stable dans le temps. Pour la même période, 8,6 % des nouveau-nés avaient une mère faiblement scolarisée (moins de 11 ans de scolarité) et 3,1 %, une mère âgée de moins de 20 ans.

5. SANTÉ PHYSIQUE

5.1 Les tumeurs

En 2004-2007, 35 % des décès enregistrés dans le RLS Pierre-Boucher sont attribuables aux tumeurs. Avec une moyenne de 515 décès par année, les tumeurs figurent au premier rang des causes de décès.

Depuis une vingtaine d'années, le nombre de nouveaux cas de cancer est à la hausse, en raison notamment de l'accroissement démographique et du vieillissement de la population. Dans le RLS, le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer est passé de 649 à 1 087 entre les périodes 1987-1991 et 2002-2006. Le taux d'incidence est toutefois demeuré relativement stable dans le temps. Par ailleurs, le taux d'incidence du cancer du poumon et celui de la prostate sont significativement plus élevés dans le RLS qu'au Québec.

En 2006-2009, on compte en moyenne 1 817 hospitalisations par année pour cause de tumeurs, ce qui représente près de 11 % de l'ensemble des hospitalisations en soins physiques de courte durée. Pour cette même période, le taux d'hospitalisations pour tumeurs est significativement plus élevé dans le RLS qu'au Québec.

5.2 Les maladies de l'appareil circulatoire

La mortalité attribuable aux maladies de l'appareil circulatoire a grandement diminué au cours des dernières décennies. La mortalité régresse chez les hommes et les femmes, toutefois les hommes continuent de présenter des taux de mortalité supérieurs à ceux des femmes.

En 2007-2008, environ 5 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'une maladie cardiaque et 15 % d'hypertension, ce qui représente respectivement près de 9 800 et 33 200 personnes sur le territoire de Pierre-Boucher. Chez les Montérégiens de 65 ans et plus, ces proportions grimpent respectivement à 17 et 48 %.

En 2006-2009, 15 % des hospitalisations en soins physiques de courte durée de la population du RLS – soit en moyenne 2 541 hospitalisations par année – sont attribuables aux maladies de l'appareil circulatoire. Elles sont non seulement l'une des principales causes de décès, mais également d'hospitalisation. Pour cette même période, le taux d'hospitalisation pour maladies de l'appareil circulatoire est significativement moins élevé dans le RLS qu'au Québec.

¹ Aide sociale, solidarité sociale et alternative jeunesse.

² Définis selon la première langue officielle parlée.

5.3 Les maladies de l'appareil respiratoire

Selon les dernières données disponibles, les maladies de l'appareil respiratoire sont responsables de 8 % des décès et de 10 % des hospitalisations de la population du RLS. Le RLS affiche des taux de mortalité et d'hospitalisations pour maladies de l'appareil respiratoire significativement inférieurs à ceux du Québec.

En 2007-2008, environ 9 % des Montérégiens de 12 ans et plus vivant en ménage privé ont déclaré souffrir d'asthme et 2 % être atteints de bronchite chronique, ce qui représente respectivement 19 300 et 5 300 personnes à l'échelle du RLS.

5.4 Le diabète

En 2008-2009, 14 708 personnes de 20 ans et plus étaient atteintes de diabète, soit 7,9 % de la population de ce groupe d'âge. Le vieillissement de la population et la diminution de la mortalité chez les personnes diabétiques contribuent à l'augmentation de la prévalence du diabète (Pigeon et Larocque, 2011). Cette maladie entraîne de lourdes conséquences sur la santé (problèmes cardiaques, insuffisance rénale, cécité, amputation, etc.) et les adultes qui en souffrent en meurent souvent prématurément.

5.5 Quelques facteurs de risque

En 2009, les adultes du RLS Pierre-Boucher vivant en ménage privé présentent les facteurs de risque suivants :

- environ 43 % des adultes consomment moins de cinq portions de fruits et légumes par jour;
- environ 36 % des adultes pratiquent une activité physique de loisir moins d'une fois par semaine;
- environ 22 % des adultes fument tous les jours ou à l'occasion;
- environ 53 % des adultes présentent un surplus de poids, soit 35 % de l'embonpoint et 18 % de l'obésité (Boulais, 2011).

6. SANTÉ MENTALE/PSYCHOSOCIALE

En 2006-2009, on dénombre en moyenne 1 062 hospitalisations par année pour troubles mentaux en soins physiques de courte durée chez les résidents du RLS Pierre-Boucher.

En 2004-2007, le nombre annuel moyen de suicides s'élève à 35 sur le territoire de Pierre-Boucher. Le taux de mortalité par suicide est cinq fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

En 2009-2010, le Centre jeunesse de la Montérégie a reçu 1 514 signalements concernant les enfants du RLS, soit une augmentation de 29 % par rapport à 1999-2000. Le nombre de signalements retenus a aussi augmenté pour atteindre un sommet de 760 en 2006-2007. On en comptait 650 en 2009-2010. Depuis 2007-2008, les abus physiques et sexuels ainsi que la négligence constituent les deux principaux motifs de signalements retenus. Au nombre de 208, les nouvelles prises en charge représentent 32 % des signalements retenus en 2009-2010.

En Montérégie, en 2003-2007, le taux de grossesse chez les adolescentes se situe à 12,7 pour 1 000 jeunes filles de 14-17 ans. À l'échelle du RLS, cela représente en moyenne 80 grossesses par année.

7. UN PORTRAIT À NUANCER

La population d'un territoire présente de multiples caractéristiques qu'un portrait global peut difficilement traduire adéquatement. Du point de vue démographique et socio-économique, le RLS Pierre-Boucher doit composer avec des disparités importantes entre et à l'intérieur de chacun des secteurs de mission CLSC. Aux CLSC de Longueuil-Ouest et Simonne-Monet-Chartrand, on retrouve proportionnellement plus de personnes âgées, d'immigrants et de personnes d'expression anglaise. Les secteurs de Longueuil-Ouest et Simonne-Monet-Chartrand se distinguent également par une forte proportion de personnes sous-scolarisées et de personnes vivant sous le seuil de faible revenu ou prestataires des programmes d'assistance sociale. Nul doute que

cette situation génère des disparités de santé ou de bien-être, qui cependant, ne peuvent toutes être identifiées ou mesurées. Les données sur l'espérance de vie à la naissance révèlent ces disparités notamment chez les hommes du RLS pour qui l'espérance de vie est plus élevée aux CLSC des Seigneuries qu'aux CLSC Simonne-Monet-Chartrand et de Longueuil-Ouest. Chez les femmes du RLS, on observe une espérance de vie plus élevée aux CLSC de Longueuil-Ouest et des Seigneuries qu'au CLSC Simonne-Monet-Chartrand. En ce qui concerne les indicateurs de santé, cela se traduit par des taux de mortalité significativement en deçà ou semblables aux taux québécois pour toutes les grandes causes de décès pour les CLSC de Longueuil-Ouest et des Seigneuries tandis que le CLSC Simonne-Monet-Chartrand présente des taux de mortalité comparables ou supérieurs (tumeurs malignes, maladies de l'appareil circulatoire et maladies de l'appareil respiratoire) à ceux de la province. Fait à noter, le taux ajusté de prévalence du diabète chez les personnes de 20 ans et plus des CLSC des Seigneuries (8 %) et Simonne-Monet-Chartrand (7,5 %) est significativement plus élevé que celui du Québec (7,1 %). Il importe donc que l'identification des besoins de santé tienne compte le plus possible des disparités du territoire.

ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

DESCRIPTION DES SERVICES OFFERTS

En santé physique médecine

- Unités de soins médecine
- Urgence
- Soins intensifs
- Soins palliatifs
- Hémato-oncologie
- Pneumologie
- Cardiologie
- Neurologie
- Médecine interne
- Médecine générale intrahospitalière
- Médecine de jour
- Toutes les autres spécialités de médecine
- Nutrition clinique
- Inhalothérapie
- Ergothérapie santé physique
- Réadaptation
- Service social
- Médecine générale extrahospitalière
- Groupe de médecine de famille (GMF)
- Clinique réseau
- Guichet d'accès à la clientèle sans médecin de famille
- Services de santé courants
- Soutien à domicile
- Nutrition
- Intervention communautaire

En santé physique chirurgie

- Unités de soins chirurgie
- Bloc opératoire
- Bloc endoscopique
- Unité de retraitement des dispositifs médicaux
- Chirurgie mineure
- Chirurgie d'un jour
- Cliniques externes spécialisées (clientèles santé physique médecine et chirurgie ainsi que natalité)
- Réadaptation (clientèles santé physique médecine et chirurgie ainsi que natalité)
- Audiologie – CSSS PB
- Clinique préopératoire
- Admission jour opératoire
- Réadaptation (clientèle santé physique et soins palliatifs)

En famille-enfance-jeunesse, santé mentale jeunesse et déficience intellectuelle jeunesse

- Services psychosociaux pour la clientèle avec une problématique de santé mentale, dépendance, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement.
- Services aux femmes enceintes et aux jeunes familles lors de la grossesse, de l'accouchement et après l'accouchement.
- Clinique externe spécialisée pour le suivi des prématurés.
- Vaccination pour les nourrissons et les jeunes enfants
- Consultations en nutrition pour les femmes enceintes et les jeunes de moins de 18 ans.
- Services de santé dentaire préventifs
- Organisation et intervention communautaire
- Services pour la jeunesse :
 - Services psychosociaux et de santé à l'école Clinique jeunesse
 - Carrefour socio-médical jeunesse du grand Longueuil : centre désigné pour les victimes d'agressions sexuelles et expertise pour les victimes d'abus physiques et de négligence grave.
 - Crise-Ado-Famille-Enfance (CAFE)

En Santé mentale adulte et déficience intellectuelle adulte

Services spécialisés :

- Services de consultations externes en psychiatrie
- Unités de soins psychiatriques
- Centre de jour
- Hôpital de jour
- Suivi intensif dans le milieu
- Soutien d'intensité variable
- Intervention de crise et prévention du suicide
- Unité santé mentale régionale

Services généraux :

- Accueil psychosocial
- Services psychosociaux pour la clientèle ayant une problématique de santé mentale, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, dépendances (drogues, alcool, jeu)
- Guichet d'accès en santé mentale

En perte d'autonomie liée au vieillissement et à la déficience physique (PALV-DP)

Milieu de vie naturel et ressources non institutionnelles :

- Accueil-évaluation-orientation
- Soins infirmiers
- Service social
- Réadaptation
- Inhalothérapie
- Nutrition clinique
- Aide à domicile
- Soutien à la famille – répit aux aidants
- Organisation communautaire
- Ressources non institutionnelles
- Centres de jour
- Programme d'hébergement temporaire
- Programme d'aides techniques
- Programme de places achetées
- Département de médecine extra-hospitalière)

Services gériatriques de 2^e ligne :

- Unité de soins de gériatrie active
- Unité d'évaluation gériatrique multidisciplinaire (UEGM)
- Clinique spécialisée
- Service social
- Réadaptation
- Neuropsychologie
- Équipe de consultation gériatrique
- Département de gériatrie
- Pharmacie

En hébergement

- Orientation, admission et intégration
- Nutrition clinique
- Services de réadaptation (ergothérapie et physiothérapie)
- Éducation spécialisée
- Service social
- Service d'animation et d'activités récréatives
- Bénévolat
- Pharmacie
- Département de gériatrie
- Transport
- Soins infirmiers
- Services d'assistance
- Services médicaux
- Conseillères spécialisées en gériatrie
- Unité prothétique

En promotion de la santé et prévention

- Programmes de santé spécifiques aux entreprises : identification et évaluation des risques (air, bruit, ergonomie, contaminants, etc.), élaboration et mise en œuvre de programmes, dépistage, soutien aux programmes de premiers soins-premiers secours.
- Programme *Pour une maternité sans danger* (évaluation des postes de travail des travailleuses enceintes et qui allaitent).
- *En santé après 50 ans* : axé sur les saines habitudes de vie.
- Cliniques de masse de vaccination contre l'influenza saisonnière et le pneumocoque.
- Dépistage des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) chez des clientèles à risque.
- Programme d'accès au matériel d'injection sécuritaire.
- Centre d'abandon du tabac.
- Prévention des chutes chez les personnes âgées : Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED).
- Promotion du *Programme québécois de dépistage du cancer du sein*.
- Soutien aux municipalités et aux entreprises pour la mise en place d'environnements favorables à la santé (0, 5, 30).
- Organisation communautaire : soutien aux organismes, animation de tables intersectorielles, projets de développement des communautés, etc.)
- Promotion des pratiques cliniques préventives auprès des intervenants de 1^{ère} ligne du territoire.

PRINCIPALES MODIFICATIONS APPORTÉES DURANT L'EXERCICE DANS LES SERVICES OFFERTS, DANS L'ACQUISITION D'IMMEUBLES, ETC.

ÉQUIPEMENTS ET IMMOBILISATIONS

Octroi de 14 592 \$ de Opération Enfant Soleil pour l'acquisition d'un dôme de réanimation destiné au secteur du bloc opératoire pour la clientèle oto-rhino-laryngologie pédiatrique.

Octroi conjoint de 137 140 \$ de Opération Enfant Soleil et du MSSS pour le réaménagement et la rénovation de l'unité de soins intermédiaires en néonatalogie.

Lancement des travaux d'agrandissement et de réaménagement au Centre d'hébergement De Lajemmerais visant à relocaliser 18 lits dans des chambres simples et à réaménager des salles à manger, des salons et des cuisinettes. Un montant total de 4 583 328 \$ est attribué à ce projet par le MSSS.

Allocation du MSSS dans le cadre du plan de conservation et de fonctionnalité immobilières (PCFI) 2011-2012 de 3 062 903 \$ et pour réaliser, entre autres, les projets suivants :

- fenestration du Centre d'hébergement de Mgr-Coderre;
- réfection du toit du Centre d'hébergement René-Lévesque;
- remplacement des disjoncteurs à l'Hôpital Pierre-Boucher.

Pour la rénovation fonctionnelle mineure autre qu'en centre d'hébergement, allocation de 627 161 \$ destinée à plusieurs projets, dont :

- réaménagement du poste de garde de l'unité du 5^e Nord;
- aménagement de la seconde salle d'hémodynamie.

Réaménagement de deux unités de vie au Centre d'hébergement de Mgr-Coderre, dont les postes de garde, les salons des familles, les cuisines et 64 chambres de résidents pour un montant de 1,1 M \$.

Déclaration du bâtiment de l'ancien Manoir-Trinité excédentaire par le conseil d'administration et mise en vente de

l'immeuble par la Société immobilière du Québec.

Remplacement, consolidation et intégration des analyseurs du laboratoire de biologie médicale et augmentation de la capacité et de la rapidité des analyses.

Modernisation et intégration du système de télécommunications pour chacune des installations de l'établissement et amélioration de l'accès téléphonique aux services pour la clientèle.

Investissement de 1 364 472 \$ de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie et de la Fondation de l'Hôpital Pierre-Boucher en vue de réaménager et d'agrandir les locaux réservés au CRID (Centre de référence pour investigation désigné) du cancer du sein. Ces travaux permettront d'améliorer la confidentialité et l'efficacité du service.

Au CRID, passage de la mammographie sur film à la mammographie numérique et acquisition d'un nouvel appareil de stéréotaxie permettant de réaliser des biopsies avec plus de précision.

Acquisition d'une nouvelle salle de fluoroscopie-angiographie pour le département d'imagerie médicale dans le but de remplacer l'équipement en place devenu vétuste.

Acquisition de l'équipement de haute technologie en vue d'aménager une deuxième salle d'hémodynamie.

Renouvellement et augmentation du parc d'endoscopes de façon à obtenir des équipements uniformes de grande qualité qui permettent à la clinique de fonctionner sans interruption de service en cas de bris d'équipement et d'optimiser les coûts d'entretien.

Révision du mode de fonctionnement du service de buanderie pour une diminution des dépenses annuelles de 85 000 \$ et amélioration de l'indice de performance de 7,5 %.

INFORMATISATION CLINIQUE

Implantation d'un nouveau système d'archivage et de communication numérique des images radiologiques (PACS) qui offre notamment une meilleure qualité d'images en plus d'être compatible avec le système implanté au CSSS Champlain-Charles-LeMoine.

Fusion des bases de données relatives à la clientèle des trois CLSC de l'établissement dans un seul logiciel pour permettre une meilleure gestion de ces données en vue de l'implantation d'un index patient maître réunissant toutes les données cliniques d'un patient.

EN CENTRE D'HÉBERGEMENT

Emménagement de 115 résidents dans le nouveau Centre d'hébergement du Manoir-Trinité, situé à quelques pas du CLSC Simonne-Monet-Chartrand et de l'Hôpital Pierre-Boucher. Les chambres du nouveau Manoir-Trinité sont réparties sur trois étages, dont chacun est doté d'une salle familiale, d'un salon et d'une salle à manger avec balcon contigu. À ces avantages s'ajoutent des équipements de soins et de services plus modernes qui facilitent le travail du personnel et contribuent au confort et à la sécurité des résidents.

Instauration d'un mode de distribution des aliments « en vrac » aux centres d'hébergement de Mgr-Coderre et du Chevalier-De Lévis, qui permet de s'adapter aux besoins et aux goûts de chaque résident.

Implantation, dans les sept centres d'hébergement du CSSS Pierre-Boucher, de l'approche *milieu de vie*, qui repose entre autres sur des objectifs visant à optimiser l'autonomie fonctionnelle et psychosociale des résidents ainsi que leur confort et leur qualité de vie.

DANS LES PROGRAMMES-CLIENTÈLES

Instauration d'un service de soutien psychosocial à l'intention des femmes

enceintes pendant leur grossesse et lors de leur accouchement.

Ouverture d'une clinique jeunesse à l'école secondaire Le Carrefour, à Varennes, pour les jeunes de secondaire 4 et 5.

Ouverture d'une clinique de contrepulsion externe (CPE) à l'Hôpital Pierre-Boucher dans le but d'offrir aux patients souffrant d'angine réfractaire une approche unique au Québec qui contribue à favoriser une meilleure circulation artérielle et ainsi améliorer leur qualité de vie. Ce projet, réalisé en partenariat avec l'Institut de cardiologie de Montréal, a pu être concrétisé grâce au soutien et à l'initiative de la Fondation Gosselin et de la Fondation de l'Hôpital Pierre-Boucher.

Ouverture d'un guichet d'accès unique pour la clientèle ayant besoin d'un examen en coloscopie, dans le cadre du programme de dépistage du cancer colorectal.

Attribution des rendez-vous électifs trois semaines à l'avance pour le service de l'endoscopie et un mois à l'avance pour la chirurgie afin de permettre à la clientèle de mieux se préparer.

Réorganisation des services en première ligne, notamment les services courants et les services à domicile, pour desservir un plus grand nombre de patients qui antérieurement recevaient leur prestation à l'hôpital.

Création de 36 nouvelles places en hébergement, dans le cadre de la mise en place d'une unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF), afin de maximiser le potentiel de retour à domicile de la clientèle visée.

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES ET PRIORITÉS D'ACTION

En septembre 2007, le conseil d'administration adoptait les priorités organisationnelles 2007-2010 de l'établissement. Ces priorités ont été ajustées en 2010 et prolongées pour 2010-2012. Six grands axes stratégiques en lien avec les objectifs du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (ASSSM) ont été déterminés. Depuis, plusieurs des objectifs fixés ont été atteints et d'autres sont en cours de réalisation. Voici les actions réalisées au cours de l'année 2011-2012.

AXE 1 : LA GOUVERNE ORGANISATIONNELLE

<i>Objectif</i>	<i>Action</i>
Définir le plan stratégique 2012-2015.	<ul style="list-style-type: none"> Élaboration de la démarche de planification stratégique adoptée par le conseil d'administration

AXE 2 : LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION

<i>Objectifs</i>	<i>Actions</i>
Actualiser le plan d'action local de santé publique.	<ul style="list-style-type: none"> Soutien aux intervenants de 1^{re} ligne du CSSS et à différents milieux cliniques du territoire pour l'intégration de pratiques préventives comme la cessation tabagique, le dépistage de l'hypertension artérielle (HTA), etc. dans le travail clinique. Réalisation de la campagne <i>On bouge vers le Sud</i> (30 minutes d'activité physique par jour, 5 jours par semaine, pendant 6 semaines) dans le cadre du Virage santé du CSSS; 167 équipes formées et plus de 650 employés et médecins mobilisés à travers toutes les installations du CSSS. Accroissement des activités de dépistage des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS), de vaccination contre l'hépatite et d'éducation de pratiques sexuelles et d'injection sécuritaires auprès des jeunes en difficulté et des travailleuses du sexe (Services intégrés de dépistage et de prévention SIDEP), en partenariat avec une quinzaine d'organismes communautaires du milieu.
Agir sur les déterminants de la santé.	<ul style="list-style-type: none"> Dépôt de la planification triennale du service d'organisation communautaire et du plan d'action annuel à la direction générale. La lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale (dont l'itinérance) constitue l'orientation prioritaire et elle s'actualise à travers une offre de service touchant les déterminants sociaux, comme l'accès au logement, l'accessibilité aux transports collectifs et la sécurité alimentaire.
Devenir un CSSS promoteur de santé.	<ul style="list-style-type: none"> Adhésion au réseau international des hôpitaux et services de santé promoteurs de santé (HPS) et mise en place au cours des quatre prochaines années d'activités de promotion de la santé, conformément aux stratégies et politiques définies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).
Optimiser l'organisation des services d'immunisation en petite enfance.	<ul style="list-style-type: none"> Optimisation des services de vaccination en petite enfance par l'ajout de plages horaires, la révision du processus de prise de rendez-vous, l'offre de la vaccination lors de l'appel des parents dans le cadre de la visite postnatale.

AXE 3 : LA DISPONIBILITÉ, LA FIDÉLISATION ET LA QUALIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

<i>Objectifs</i>	<i>Actions</i>
Revoir l'organisation du travail et de la main-d'œuvre dans des secteurs ciblés.	<ul style="list-style-type: none"> Centralisation du département de pharmacie au sein de l'Hôpital Pierre-Boucher dans le but d'améliorer l'efficacité de la production, de la révision et de la distribution des médicaments et de mieux répartir les effectifs cliniques.
Stimuler la mobilisation et améliorer la qualité de vie au travail.	<ul style="list-style-type: none"> Création d'un club social à l'échelle de l'établissement.
Optimiser les processus pour une meilleure utilisation de la main-d'œuvre.	<ul style="list-style-type: none"> Implantation d'un nouveau système informatisé de traitement de la paie qui permet d'assurer une meilleure gestion des données entre les directions concernées.

AXE 4 : L'EFFICIENCE ET LA CONFORMITÉ

Objectifs	Actions
Implanter des systèmes intégrés de gestion des ressources financières.	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration des pratiques par l'instauration du paiement direct au fournisseur.
Assurer l'implantation de la nouvelle politique de gestion des espaces de stationnement.	<ul style="list-style-type: none"> • Application d'un budget tenant compte de réductions des dépenses administratives conformément à la Loi 100 et de gains liés à l'optimisation des services selon les cibles fixées par l'ASSSM.
Assurer l'application de la Loi 100 sur les mesures de réduction des dépenses administratives.	<ul style="list-style-type: none"> • Application d'un budget tenant compte de réductions des dépenses administratives conformément à la Loi 100 et de gains liés à l'optimisation des services selon les cibles fixées par l'ASSSM.
Planifier les projets de réaménagement pour consolider les plateaux techniques ainsi que les environnements de soins et de services dans des secteurs spécifiques.	<ul style="list-style-type: none"> • Réaménagement de l'unité de soins intermédiaires de néonatalogie pour répondre à la désignation 2B (niveau d'intensité de soins). • Dépôt à l'ASSSM d'un plan fonctionnel et technique (PFT) pour une nouvelle urgence. Ce plan, réalisé à partir d'une évaluation des besoins cliniques de la clientèle de notre territoire projetée jusqu'en 2020, prévoit un aménagement dans un nouvel édifice connexe à l'hôpital. • Dépôt à l'ASSSM des besoins estimés en équipement et en locaux pour accueillir les clientèles additionnelles en médecine, en chirurgie et en endoscopie, en prévision du rapatriement de la clientèle 514-450 (clients qui reçoivent leurs services à Montréal, mais qui résident sur le territoire du CSSS Pierre-Boucher). • Déménagement et réorganisation des soins et services dans le nouveau Centre d'hébergement du Manoir-Trinité.
Revoir les processus organisationnels afin d'améliorer la performance.	<ul style="list-style-type: none"> • Révision de la trajectoire des services PTH et PTG par la réalisation d'un guide d'enseignement pour la clientèle visant la préparation avant la chirurgie et les exercices au retour à domicile ainsi que par une accessibilité accrue à un physiothérapeute. • Réalisation d'un projet de réorganisation du travail sur la base des principes Lean healthcare en regard du processus d'admission aux unités de soins des usagers en provenance de l'urgence, en vue de réduire le temps de séjour sur civière et lors de l'hospitalisation.

AXE 5 : LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ

Objectifs	Actions
Développer un plan de mesures d'urgence à l'échelle de l'établissement.	<ul style="list-style-type: none"> • Adoption du plan de sécurité civile – mission santé – du CSSS Pierre-Boucher conformément aux lignes directrices du plan régional et national de sécurité civile.
Mettre en place des processus d'amélioration de la sécurité des usagers.	<ul style="list-style-type: none"> • Implantation de l'année III du programme AMPRO (Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) dans le secteur de la périnatalité. L'accréditation s'étend maintenant sur cinq années.
Donner suite aux conditions du programme d'Agrément et préparer la visite de 2013.	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place à l'urgence de l'Hôpital Pierre-Boucher d'un processus d'évaluation du risque suicidaire des usagers, par le biais de formations données aux professionnels, au personnel en soins infirmiers ainsi qu'aux médecins (POR 30).
Implanter des mesures visant à contrer la maltraitance auprès des personnes vulnérables.	<ul style="list-style-type: none"> • Formation déployée en 1^{ière} ligne partout dans l'établissement afin d'améliorer les compétences des intervenants pour dépister, prévenir, et intervenir auprès des adultes vulnérables à domicile.
Mettre en œuvre un programme efficace d'entretien préventif pour tous les appareils médicaux, l'équipement et la technologie.	<ul style="list-style-type: none"> • Implantation d'un système de gestion de la maintenance assisté par ordinateur (GMAO) pour inventorier, entretenir et planifier le remplacement des équipements médicaux. Ce système permet une gestion efficace des équipements de façon à optimiser leur utilisation et assurer leur sécurité.
Établir un plan de développement de l'approche adaptée à la personne âgée.	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'un plan d'action pour consolider l'approche adaptée à la personne âgée à l'hôpital.

AXE 5 : LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ (suite)

Objectifs

Assurer la préparation des visites d'inspection de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec et de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Actions

- Élaboration et actualisation d'un plan d'action pour assurer la conformité aux normes professionnelles.
- Élaboration d'un plan d'amélioration.

Implanter de meilleures pratiques en alimentation en centre d'hébergement.

- Amélioration de l'offre d'aliments avec des textures modifiées et des liquides épaissis pour les résidents en centre d'hébergement ayant des problèmes de déglutition et de dénutrition.

AXE 6 : L'ACCESSIBILITÉ ET LA CONTINUITÉ

Objectifs

Instaurer les plans d'action découlant du projet clinique.

Actions

- Actualisation des plans d'action visant à réviser les trajectoires de services pour les clientèles suivantes :
 - 0-5 ans et leur famille;
 - déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement;
 - 6-18-24 ans;
 - santé mentale adulte.

Consolider l'accès aux services médicaux de 1^{ère} ligne, spécialisés et diagnostiques.

- Actualisation du rôle du médecin spécialiste psychiatre et pédopsychiatre répondant et des liens de collaboration avec les médecins de première ligne et de CLSC.
- Conclusion d'une entente avec l'Hôpital Charles-LeMoine : depuis février 2012, deux pédopsychiatres répondants de cet hôpital sont en soutien aux intervenants et médecins du programme-clientèle santé mentale jeunesse ainsi qu'aux médecins de la communauté.
- Amélioration de la gestion des listes d'attente en imagerie médicale par l'utilisation de la requête médicale originale.

Améliorer l'accessibilité et l'offre de service de secteurs ciblés.

- Amélioration de la hiérarchisation des soins et des services entre la première et la deuxième lignes en santé physique chirurgie pour favoriser une prise en charge plus rapide de la clientèle en CLSC.
- Élaboration d'un plan de développement d'une clinique de la douleur conjointement avec le CSSS Champlain- Charles-LeMoine et le Centre montréalais de réadaptation, en lien avec les objectifs du MSSS.
- Formation de quatre inhalothérapeutes dans le cadre de l'actualisation du programme national d'assistance ventilatoire à domicile (PNAVD).
- Actualisation de la politique régionale d'accès à l'hébergement en vue de réduire les délais d'attente pour une place en hébergement.

Planifier et réaliser les activités du Centre ambulatoire selon le financement.

- Mise en service d'une salle d'opération en vue de traiter la clientèle ayant besoin de chimiothérapie hyperthermie intra-péritonéale pour le traitement des cancers colorectaux. Ce projet correspond à des services de niveau tertiaire.
- Mise en fonction simultanée de deux salles d'opération de chirurgie générale ou de chirurgie bariatrique effectuée par un seul chirurgien avec une équipe de soins infirmiers, permettant une plus grande accessibilité au plateau technique pour la population.

Améliorer la performance de l'urgence en lien avec les cibles ministérielles.

- Suivi du plan d'action du comité national des urgences par l'ouverture de l'UTU (unité de soins transitoires à l'urgence) d'une capacité de 22 civières dans le but de réduire la durée moyenne de séjours (DMS) sur civière à l'urgence et l'achalandage dans les couloirs. Dans cette unité, les patients en attente d'une chambre sont dans un lieu optimal avec les soins requis par leur état.

Assurer le déploiement du RSIPA selon les étapes et les priorités ministérielles définies.

- Finalisation du déploiement de la solution informatique RSIPA (Réseau de services intégrés pour les personnes âgées) dans le but d'améliorer l'accessibilité et la continuité des soins et des services.

RÉSULTATS OBTENUS PAR RAPPORT AUX OBJECTIFS PRÉVUS

RÉSULTATS DE L'ENTENTE DE GESTION 2011-2012

Les établissements de santé et de services sociaux sont tenus de signer une entente de gestion et d'imputabilité avec l'Agence de la santé et des services sociaux de leur territoire. Cette entente est axée sur la production de résultats et sur l'imputabilité de l'administration publique. Le bilan de cette entente, au terme de l'année 2011-2012, est positif pour le CSSS Pierre-Boucher. La grande majorité des cibles ont été atteintes, voire dépassées et plusieurs sont en bonne voie de l'être.

Entente de gestion et d'imputabilité, 2011-2012

Tableau de bord de gestion

Sommaire des résultats de la période 13 se terminant le 31 mars 2012

	Taux d'atteinte des cibles			Total
	< 80%	80%-94%	>= 95%	
Programme Famille-enfance-jeunesse	3	3	16	22
Programme PALV-DP	3	8	9	20
Programme SMA et DIA	3	5	9	17
Programme Santé physique chirurgie	4	4	12	20
Programme Santé physique médecine	5	1	1	7
Direction Ressources humaines	0	1	6	7
Direction Soins infirmiers et promotion-prévention	1	0	0	1
Direction Médicale et des services professionnels	2	0	5	7
Direction Services techniques	0	0	2	2
Ensemble des programmes et directions	21	22	60	103
	20%	80%		

TABLEAU DE BORD DE GESTION 2011-2012

Entente de gestion et d'imputabilité 2011-2012 • Programme-clientèle : Famille-Enfance-Jeunesse

Période 13 se terminant le 31 mars 2012

Indicateurs ¹	Source	Fréquence d'analyse ²	2011-2012				2010-2011	Commentaires	
			Pér.13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér.13		
Engagement 2011-2012 du CSSS Pierre-Boucher									
Santé publique - Maladies infectieuses et vaccination									
1.01.13-EG2	Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS)	I-CLSC	P07-P11-P13	44,8%	44,8%	28,0%	160%	24,6%	Détail du calcul à la P13 : 28 écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS) sur 58 écoles au total
1.01.14-EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1ère dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib dans les délais (âge : 1 mois)	I-CLSC	Périodique	87,0%	87,0%	85,0%	102%	63,4%	Détail du calcul à la P13 : 1 398 vaccins donnés à l'intérieur des délais sur 1 607 vaccins donnés au total
1.01.15-EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1ère dose de vaccin contre le méningocoque du sérogroupe C dans les délais (âge : 1 an)	I-CLSC	Périodique	56,3%	56,3%	85,0%	69%	36,6%	Détail du calcul à la P13 : 960 vaccins donnés à l'intérieur des délais sur 1 706 vaccins donnés au total. Rattrapage en cours, résultats tributaires des retards de l'année dernière.
1.01.16.01-EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1ère dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais (âge : 1 ans)	I-CLSC	Périodique	55,2%	55,2%	85,0%	65%	ND	Détail du calcul à la P13 : 990 vaccins donnés à l'intérieur des délais sur 1 736 vaccins donnés au total. Rattrapage en cours, résultats tributaires des retards de l'année dernière.
Soins à domicile de longue durée									
1.03.05.01-PS	Nombre total d'heures de services de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS mission CLSC)	I-CLSC	Périodique	270 937	270 937	263 425	103%	262 992	Incluant le nombre d'heures de répit-gardiennage-dépannage.
1.03.05.01-PS	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS mission CLSC) - DI-TED	I-CLSC	Périodique	23 715	23 715	28 359	84%	28 312	Incluant le nombre d'heures de répit-gardiennage-dépannage. Résultats attribuable en quasi-totalité au DI-TED adulte
1.03.05.02-CO	Nombre d'usagers différents pour lesquels des heures de services professionnels de soutien à domicile longue durée ont été rendues à domicile (CSSS - mission CLSC)	I-CLSC	Périodique	5 256	5 256	5 561	95%	5 561	Incluant le nombre d'usagers de répit-gardiennage-dépannage.
1.03.05.02-CO	Nombre d'usagers différents pour lesquels des heures de services professionnels de soutien à domicile longue durée ont été rendues à domicile (CSSS - mission CLSC) - DI-TED	I-CLSC	Périodique	572	572	513	112%	513	Incluant le nombre d'usagers de répit-gardiennage-dépannage. Résultats attribuable en quasi-totalité au DI-TED adulte.
Déficience intellectuelle et TED									
1.45.05.02-PS	Pourcentage des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standard du plan d'accès aux services pour les personnes ayant un DI-TED - Tous âges, priorité urgente	I-CLSC	Périodique	100,0%	100,0%	90,0%	111%	28,6%	Détail du calcul à la P13 : 1 demande traitée à l'intérieur des délais sur 1 demande traitée au total
1.45.05.03-PS	Pourcentage des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standard du plan d'accès aux services pour les personnes ayant un DI-TED - Tous âges, priorité élevée	I-CLSC	Périodique	87,5%	87,5%	90,0%	97%	64,3%	Détail du calcul à la P13 : 21 demandes traitées à l'intérieur des délais sur 24 demandes traitées au total
1.45.05.04-PS	Pourcentage des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standard du plan d'accès aux services pour les personnes ayant un DI-TED - Tous âges, priorité modérée	I-CLSC	Périodique	100,0%	100,0%	75,0%	133%	ND	Aucune demande de priorité urgente durant l'année
Jeunes en difficulté									
1.06.11 PS	L'établissement offre un programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu reconnu efficace	Formulaire	P13	Oui	Oui	Oui	100%	Oui	
Santé mentale									
1.08.09-PS	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1ère ligne en CSSS (mission CLSC)	I-CLSC	Périodique	2 631	2 631	2 237	118%	2 436	Incluant l'ajout de 379,2 usagers supplémentaires pour tenir compte de la fonction de professionnel répondant (ratio 1 ET C = 120 usagers)
1.08.09-PS	Nombre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1ère ligne en CSSS (mission CLSC)	I-CLSC	Périodique	687	687	837	82%	657	Incluant l'ajout de 139,2 usagers supplémentaires pour tenir compte de la fonction de professionnel répondant (ratio 1 ET C = 120 usagers) Équipe incomplète durant une période de l'année. Embauche, remplacement et retour d'un congé parental dans les prochaines semaines
Suivi de gestion demandé par le MSSS sur les indicateurs 2010-2011 (Indicateurs associés à la planification stratégique 2005-2010)									
Déficience intellectuelle et TED									

TABLEAU DE BORD DE GESTION 2011-2012

Entente de gestion et d'imputabilité 2011-2012 • Programme-clientèle : Famille-Enfance-Jeunesse

Période 13 se terminant le 31 mars 2012

Indicateurs ¹	Source	Fréquence d'analyse ²	2011-2012				2010-2011	Commentaires	
			Pér.13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér.13		
1.05.13-EG1	Nombre d'usagers ayant un DI-TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	I-CLSC	P07-P11-P13	391	391	346	113%	339	
1.06.01-EG1	Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoins en CSSS (mission CLSC)	I-CLSC	Périodique	2 745	2 745	2 568	107%	2 568	
1.06.02-EG1	Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	I-CLSC	Périodique	9,5	9,5	9,1	105%	9,1	
Santé publique									
1.01.12-EG2	Pourcentage de femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)	I-CLSC	P07-P11-P13	89,2%	89,2%	87,0%	103%	104,8%	
1.01.12.B1-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE, par période de suivi (prénatale et postnatale), au cours de l'année de référence - Prénatale	I-CLSC	P07-P11-P13	0,39	0,39	0,30	130%	0,32	
1.01.12.B2-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE, par période de suivi (prénatale et postnatale), au cours de l'année de référence - Postnatale 1	I-CLSC	P07-P11-P13	0,74	0,74	0,70	106%	0,74	
1.01.12.B3-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE, par période de suivi (prénatale et postnatale), au cours de l'année de référence - Postnatale 2	I-CLSC	P07-P11-P13	0,21	0,21	0,20	105%	0,20	
1.01.12.B4-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE, par période de suivi (prénatale et postnatale), au cours de l'année de référence - Postnatale 3	I-CLSC	P07-P11-P13	0,14	0,14	0,20	70%	0,16	Rétention difficile jusqu'à 5 ans. Au départ, il s'agit d'une participation volontaire des parents.

Source : Tableau de bord sur les informations de gestion (TBI) du MSSS, GESTRED et données internes à l'établissement.

Note 1 : Les indicateurs en rose signifie qu'il s'agit d'un indicateur maison demandé par le programme-clientèle pour venir appuyer l'indicateur principal

Note 2 : Dans le cas des indicateurs dont la fréquence de parution n'est pas périodique, les données affichées ne correspondent pas nécessairement à la période de l'analyse.

Note 3 : Généralement, la projection est calculée selon l'évolution de la courbe des volumes d'activités des années antérieures.

Note 4 : Inférieur à 80% : Rouge, Entre 80% et 94% : Jaune, Supérieur à 95% : Vert

Note 5 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\frac{(((Proj. - Eng.) \times 1) / Eng.) + 1}{2} \times 100$ dans le cas d'un ratio de performance (on veut être > ou = à l'engagement)Note 6 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\frac{(((Proj. - Eng.) \times -1) / Eng.) + 1}{2} \times 100$ dans le cas d'un ratio de contre-performance (on veut être plus < ou = à l'engagement)

TABLEAU DE BORD DE GESTION 2011-2012

Entente de gestion et d'imputabilité 2011-2012 • Programme-clientèle : Perte d'autonomie liée au vieillissement et déficience physique

Période 13 se terminant le 31 mars 2012

Indicateurs ¹	Source	Fréquence d'analyse ²	2011-2012				2010-2011	Commentaires	
			Pér.13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér.13		
Engagement 2011-2012 du CSSS Pierre-Boucher									
Soins à domicile longue durée									
1.03.05.01-PS	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS mission CLSC)	I-CLSC	Périodique	270 937	270 937	263 425	103%	262 992	
1.03.05.01-PS	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS mission CLSC) - PALV	I-CLSC	Périodique	113 101	113 101	90 391	125%	90 242	
1.03.05.01-ii-PS	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS mission CLSC) - DP	I-CLSC	Périodique	134 121	134 121	144 676	93%	144 436	
1.03.05.02-CO	Nombre d'usagers différents pour lesquels des heures de services professionnels de soutien à domicile longue durée ont été rendues à domicile (CSSS - mission CLSC)	I-CLSC	Périodique	5 256	5 256	5 561	95%	5 561	
1.03.05.02-CO	Nombre d'usagers différents pour lesquels des heures de services professionnels de soutien à domicile longue durée ont été rendues à domicile (CSSS - mission CLSC) - PALV	I-CLSC	Périodique	3 830	3 830	4 142	92%	4 142	
1.03.05.02-ii-CO	Nombre d'usagers différents pour lesquels des heures de services professionnels de soutien à domicile longue durée ont été rendues à domicile (CSSS - mission CLSC) - DP	I-CLSC	Périodique	854	854	906	94%	906	
Déficience physique									
1.45.04.02-PS	Pourcentage des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standard du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - Tous âges, priorité urgente	I-CLSC	Périodique	76,9%	76,9%	90,0%	85%	61,2%	Détail du calcul à la P13 : 20 demandes traitées à l'intérieur des délais sur 26 demandes traitées au total
1.45.04.03-PS	Pourcentage des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standard du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - Tous âges, priorité élevée	I-CLSC	Périodique	86,1%	86,1%	90,0%	99%	72,8%	Détail du calcul à la P13 : 62 demandes traitées à l'intérieur des délais sur 72 demandes traitées au total
1.45.04.04-PS	Pourcentage des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standard du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - Tous âges, priorité modérée	I-CLSC	Périodique	100,0%	100,0%	75,0%	133%	ND	Aucune demande de priorité urgente jusqu'à présent.
Perte d'autonomie liée au vieillissement									
4.01.01-EG2	Nombre moyen de patients en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers les lits post hospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD)	RQSUCH	Périodique	9,3	9,3	3,0	-110%	13,3	Le démarrage le 1er juillet prochain d'une unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) en place achetées améliorera la situation.
4.01.02-EG2	Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée (CD)	RQSUCH	Périodique	0,3	0,3	3,0	190%	4,6	
4.01.03-EG2	Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée (CD)	RQSUCH	Périodique	3,2	3,2	3,0	93%	3,0	
4.01.04-EG2	Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée (CD)	RQSUCH	Périodique	1,7	1,7	3,0	143%	2,0	
4.01.05-EG2	Nombre moyen de patients en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	RQSUCH	Périodique	8,7	8,7	3,0	-90%	8,7	Le démarrage le 1er juillet prochain d'une unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) en place achetées améliorera la situation.
4.01.06-EG2	Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale	RQSUCH	Périodique	1,4	1,4	3,0	153%	2,2	
4.01.07-EG2	Nombre moyen de patients en attente d'hébergement longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée (CD)	RQSUCH	Périodique	2,8	2,8	3,0	107%	4,7	
Suivi de gestion demandé par le MSSS sur les indicateurs 2010-2011 (Indicateurs associés à la planification stratégique 2005-2010)									
Perte d'autonomie liée au vieillissement									
1.03.03-EG1	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	I-CLSC	P07-P11-P13	2,967	2,967	3,219	92%	3,219	
1.03.04-EG1	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	I-CLSC	P07-P11-P13	0,139	0,139	0,161	86%	0,161	

TABLEAU DE BORD DE GESTION 2011-2012

Entente de gestion et d'imputabilité 2011-2012 • Programme-clientèle : Perte d'autonomie liée au vieillissement et déficience physique

Période 13 se terminant le 31 mars 2012

Indicateurs ¹	Source	Fréquence d'analyse ²	2011-2012				2010-2011	Commentaires	
			Pér.13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér.13		
4.01.08-EG1	Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus	SICRA, SIURGE	Périodique	6,3%	6,3%	5,0%	74%	7,7%	Le développement de place EIO (évaluation, intervention, orientation) le 1 ^{er} juillet prochain améliorera la situation.
Perte d'autonomie liée au vieillissement									
1.04.03-EG1	Nombre d'usagers ayant une DP dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par all. dir.	Formulaire GESTRED	P07-P11-P13	93	93	94	99%	94	

Source : Tableau de bord sur les informations de gestion (TBIG) du MSSS, GESTRED et données internes à l'établissement.

Note 1 : Les indicateurs en rose signifie qu'il s'agit d'un indicateur maison demandé par le programme-clientèle pour venir appuyer l'indicateur principal

Note 2 : Dans le cas des indicateurs dont la fréquence de parution n'est pas périodique, les données affichées ne correspondent pas nécessairement à la période de l'analyse.

Note 3 : Généralement, la projection est calculée selon l'évolution de la courbe des volumes d'activités des années antérieures.

Note 4 : Inférieur à 80% : Rouge, Entre 80% et 94% : Jaune, Supérieur à 95% : Vert.

Note 5 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\frac{((Proj. - Eng.) \times 1) / Eng. + 1}{2} \times 100$ dans le cas d'un ratio de performance (on veut être > ou = à l'engagement)

Note 6 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\frac{((Proj. - Eng.) \times -1) / Eng. + 1}{2} \times 100$ dans le cas d'un ratio de contre-performance (on veut être plus < ou = à l'engagement)

TABLEAU DE BORD DE GESTION 2011-2012

Entente de gestion et d'imputabilité 2011-2012 • Programme-clientèle : Santé mentale adulte et déficience intellectuelle adulte

Période 13 se terminant le 31 mars 2012

Indicateurs ¹	Source	Fréquence d'analyse ²	2011-2012				2010-2011	Commentaires	
			Pér.13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér.13		
Engagement 2011-2012 du CSSS Pierre-Boucher									
Soins à domicile longue durée									
1.03.05.01-PS	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS mission CLSC)	I-CLSC	Périodique	270 937	270 937	263 425	103%	262 992	Incluant le nombre d'heures de répit-gardiennage-dépannage.
1.03.05.01+PS	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS mission CLSC) - DI-TED	I-CLSC	Périodique	23 715	23 715	28 359	84%	28 312	Incluant le nombre d'heures de répit-gardiennage-dépannage. Les résultats sont attribuables à la baisse des heures par le chèque-emploi-service (CES).
1.03.05.02-CO	Nombre d'usagers différents pour lesquels des heures de services professionnels de soutien à domicile longue durée ont été rendues à domicile (CSSS - mission CLSC)	I-CLSC	Périodique	5 256	5 256	5 561	95%	5 561	Incluant le nombre d'usagers de répit-gardiennage-dépannage.
1.03.05.02+CO	Nombre d'usagers différents pour lesquels des heures de services professionnels de soutien à domicile longue durée ont été rendues à domicile (CSSS - mission CLSC) - DI-TED	I-CLSC	Périodique	572	572	513	112%	513	Incluant le nombre d'usagers de répit-gardiennage-dépannage.
Déficience intellectuelle et TED									
1.45.05.02-PS	Pourcentage des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standard du plan d'accès aux services pour les personnes ayant un DI-TED - Tous âges, priorité urgente	I-CLSC	Périodique	100,0%	100,0%	90,0%	111%	28,6%	Détail du calcul à la P13 : 1 demande traitée à l'intérieur des délais sur 1 demande traitée au total.
1.45.05.03-PS	Pourcentage des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standard du plan d'accès aux services pour les personnes ayant un DI-TED - Tous âges, priorité élevée	I-CLSC	Périodique	87,5%	87,5%	90,0%	97%	64,3%	Détail du calcul à la P13 : 21 demandes traitées à l'intérieur des délais sur 24 demandes traitées au total.
1.45.05.04-PS	Pourcentage des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standard du plan d'accès aux services pour les personnes ayant un DI-TED - Tous âges, priorité modérée	I-CLSC	Périodique	100,0%	100,0%	75,0%	133%	ND	Aucune demande de priorité urgente durant l'année.
Santé mentale									
1.08.05-PS	Nombre de places en services de soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services - CSSS	Formulaire GESTRED	Périodique	43	43	49	88%	46	Le résultat est expliqué par de brèves épisodes de soins pour certain (dont nous pouvons colliger les volumes) ou encore la transition interpériode de fermeture versus nouvelle inscription. À la P2 de l'année en cours, 53 usagers inscrits.
1.08.05+PS	Nombre de places en services de soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services - Entente avec organismes communautaires (OC)	Formulaire GESTRED	Périodique	66	66	74	89%	49	Amélioration notable des résultats comparativement à l'année précédente. Le travail de collaboration avec les OC est poursuivi.
1.08.06-PS	Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu (SIM) pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	Formulaire GESTRED	Périodique	90	90	97	93%	83	Plusieurs facteurs pour expliquer les résultats : Hospitalisation de 7 patients durant cette période, 2 patients sont en réadaptation interne dépendance. De plus, 3 absences maladie dans l'équipe de professionnel.
1.08.09-PS	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1ère ligne en CSSS (mission CLSC)	I-CLSC	Périodique	2 631	2 631	2 237	118%	2 436	Incluant l'ajout de 379,2 usagers supplémentaires pour tenir compte de la fonction de professionnel répondant (ratio 1 ETC = 120 usagers).
1.08.09+PS	Nombre d'usagers de 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1ère ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	I-CLSC	Périodique	1 565	1 565	1 400	112%	1 400	Incluant l'ajout de 240,0 usagers supplémentaires pour tenir compte de la fonction de professionnel répondant (ratio 1 ETC = 120 usagers).
Suivi de gestion demandé par le MSSS sur les indicateurs 2010-2011 (Indicateurs associés à la planification stratégique 2005-2010)									
Services généraux - Activités cliniques et d'aide									
1.02.02-EG1	Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	I-CLSC	Périodique	921	921	735	125%	735	
1.02.03-EG1	Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	I-CLSC	Périodique	6,5	6,5	6,4	102%	6,4	
Santé mentale - Séjour à l'urgence et autres									
1.08.07-EG1	Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	SIURGE	Périodique	26,1	26,1	11,0	-37%	27,9	
1.08.08-EG1	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	SIURGE	Périodique	9,7%	9,7%	0,0%		8,0%	

TABLEAU DE BORD DE GESTION 2011-2012

Entente de gestion et d'imputabilité 2011-2012 • Programme-clientèle : Santé mentale adulte et déficience intellectuelle adulte

Période 13 se terminant le 31 mars 2012

Indicateurs ¹	Source	Fréquence d'analyse ²	2011-2012				2010-2011	Commentaires	
			Pér.13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér.13		
1.08.10 EG1	Nombre d'usagers de 18 ans et plus dont le délai d'accès aux services de 2e ou 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	Formulaire GESTRED	Périodique	72	72	0		45	Causes : 2 absences maladies chez les psychiatres.

Source : Tableau de bord sur les informations de gestion (TBI) du MSSS, GESTRED et données internes à l'établissement.

Note 1 : Les indicateurs en rose signifie qu'il s'agit d'un indicateur maison demandé par le programme-clientèle pour venir appuyer l'indicateur principal

Note 2 : Dans le cas des indicateurs dont la fréquence de parution n'est pas périodique, les données affichées ne correspondent pas nécessairement à la période de l'analyse.

Note 3 : Généralement, la projection est calculée selon l'évolution de la courbe des volumes d'activités des années antérieures.

Note 4 : Inférieur à 80% : Rouge, Entre 80% et 94% : Jaune, Supérieur à 95% : Vert.

Note 5 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\frac{(((Proj. - Eng.) \times 1) / Eng.) + 1}{2} \times 100$ dans le cas d'un ratio de performance (on veut être > ou = à l'engagement)Note 6 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\frac{(((Proj. - Eng.) \times -1) / Eng.) + 1}{2} \times 100$ dans le cas d'un ratio de contre-performance (on veut être plus < ou = à l'engagement)

Entente de gestion et d'imputabilité 2011-2012 • Direction médicale et des services professionnels

Période 13 se terminant le 31 mars 2012

Indicateurs ¹	Source	Fréquence d'analyse ²	2011-2012				2010-2011	Commentaires	
			Pér.13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér.13		
Engagement 2011-2012 du CSSS Pierre-Boucher									
Hémodynamie, chirurgie cardiaque et électrophysiologie									
1.09.08A-PS	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie A	SGAS	Périodique	99,3%	99,3%	100,0%	99%	99,6%	
1.09.08B-PS	Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie B	SGAS	Périodique	99,6%	99,6%	90,0%	111%	99,8%	
Suivi de gestion demandé par le MSSS sur les indicateurs 2010-2011 (Indicateurs associés à la planification stratégique 2005-2010)									
Prévention et contrôle des infections nosocomiales									
1.01.11A-EG1	Niveau d'atteinte du ratio d'infirmières (en ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales - Hôpital	Formulaire GESTRED	P07-P11-P13	2,3	2,3	2,4	98%	2,4	Calcul de l'engagement à l'hôp. : Lits = 323 lits dressés au 31 mars (288 lits + 35 civières) Ratio = 1 ETC / 133 lits Cible = 323 lits / 133 lits = 2,4 ETC Calcul de l'engagement à l'hébé. : Lits = 886 lits dressés au 31 mars Ratio = 1 ETC / 250 lits Cible = 886 lits / 250 lits = 3,5 ETC Calcul de l'engagement en psy. : Lits = 65 lits dressés au 31 mars (35 lits à l'hôp. + 30 lits à l'hébé.) Ratio = 1 ETC / 250 lits Cible = 65 lits / 250 lits = 0,3 ETC
1.01.11B-EG1	Niveau d'atteinte du ratio d'infirmières (en ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales - Hébergement	Formulaire GESTRED	P07-P11-P13	2,6	2,6	3,5	74%	1,5	
1.01.11D-EG1	Niveau d'atteinte du ratio d'infirmières (en ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales - Psychiatrie	Formulaire GESTRED	P07-P11-P13	0,1	0,1	0,3	33%	0,1	Une candidate a été recrutée et elle entrera en fonction à l'automne (après un congé parental) afin de combler un 6e poste. D'ici là, nous sommes en processus pour trouver un employé sur la liste de rappel et par la suite, lui donner la formation nécessaire afin de combler ce poste vacant.
1.01.17 EG2	L'établissement possède un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	Formulaire GESTRED	P07-P11-P13	Oui	Oui	Oui	100%	Oui	
1.01.18 EG2	L'établissement a un programme structuré et de contrôle des infections nosocomiales	Formulaire GESTRED	P07-P11-P13	Oui	Oui	Oui	100%	Oui	

Source : Tableau de bord sur les informations de gestion (TBI) du MSSS, GESTRED et données internes à l'établissement.

Note 1 : Les indicateurs en rose signifient qu'il s'agit d'un indicateur maison demandé par le programme-clientèle pour venir appuyer l'indicateur principal

Note 2 : Dans le cas des indicateurs dont la fréquence de parution n'est pas périodique, les données affichées ne correspondent pas nécessairement à la période de l'analyse.

Note 3 : Généralement, la projection est calculée selon l'évolution de la courbe des volumes d'activités des années antérieures.

Note 4 : Inférieur à 80% : Rouge, Entre 80% et 94% : Jaune, Supérieur à 95% : Vert.

Note 5 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\frac{(((Proj. - Eng.) \times 1) / Eng.) + 1}{2} \times 100$ dans le cas d'un ratio de performance (on veut être > ou = à l'engagement)Note 6 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\frac{(((Proj. - Eng.) \times -1) / Eng.) + 1}{2} \times 100$ dans le cas d'un ratio de contre-performance (on veut être plus < ou = à l'engagement)

TABLEAU DE BORD DE GESTION 2011-2012

Entente de gestion et d'imputabilité 2011-2012 • Programme-clientèle : Santé physique médecine

Période 13 se terminant le 31 mars 2012

Indicateurs ¹	Source	Fréquence d'analyse ²	2011-2012				2010-2011	Commentaires	
			Pér.13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér.13		
Engagement 2011-2012 du CSSS Pierre-Boucher									
Santé physique - Séjour à l'urgence									
1.09.01-PS	Séjour moyen sur civière (durée)	SIURGE	Périodique	21,5	21,5	11,0		23,2	Mesures restrictives (fermeture de l'unité de débordement) à partir de la P09 afin de respecter le budget.
1.09.03-PS	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	SIURGE	Périodique	3,7%	3,7%	0,0%		3,0%	La DMS sur civière et le pourcentage de 24 heures et + se sont améliorés par rapport à l'année dernière.
1.09.31-PS	Pourcentage de séjour de 24 heures et plus sur civière	SIURGE	Périodique	37,3%	37,3%	0,0%		44,4%	
Suivi de gestion demandé par le MSSS sur les indicateurs 2010-2011 (Indicateurs associés à la planification stratégique 2005-2010)									
Santé physique - Séjour à l'urgence									
1.09.02-EG1	Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	SIURGE	Périodique	24,6	24,6	11,0		27,1	Mesures restrictives (fermeture de l'unité de débordement) à partir de la P09 afin de respecter le budget.
1.09.04-EG1	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	SIURGE	Périodique	5,1%	5,1%	0,0%		4,5	La DMS sur civière s'est amélioré par rapport à l'année dernière.
1.09.05-EG1	Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	I-CLSC	Périodique	506	506	454	111%	454	Les résultats 2010-2011 sont devenus les engagements en 2011-2012.
1.09.06-EG1	Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	I-CLSC	Périodique	17,7	17,7	20,9	85%	20,9	Les efforts de performance ont été orientés vers l'accessibilité.

Source : Tableau de bord sur les informations de gestion (TBI) du MSSS, GESTRED et données internes à l'établissement.

Note 1 : Les indicateurs en rose signifient qu'il s'agit d'un indicateur maison demandé par le programme-clientèle pour venir appuyer l'indicateur principal

Note 2 : Dans le cas des indicateurs dont la fréquence de parution n'est pas périodique, les données affichées ne correspondent pas nécessairement à la période de l'analyse.

Note 3 : Généralement, la projection est calculée selon l'évolution de la courbe des volumes d'activités des années antérieures.

Note 4 : Inférieur à 80% : Rouge, Entre 80% et 94% : Jaune, Supérieur à 95% : Vert.

Note 5 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\frac{((Proj. - Eng.) \times 1) / Eng.}{1} \times 100$ dans le cas d'un ratio de performance (on veut être > ou = à l'engagement)

Note 6 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\frac{(((Proj. - Eng.) \times -1) / Eng.) \times 1}{1} \times 100$ dans le cas d'un ratio de contre-performance (on veut être plus < ou = à l'engagement)

TABLEAU DE BORD DE GESTION 2011-2012

Entente de gestion et d'imputabilité 2011-2012 • Programme-clientèle : Santé physique chirurgie

Période 13 se terminant le 31 mars 2012

Indicateurs ¹	Source	Fréquence d'analyse ²	2011-2012				2010-2011	Commentaires		
			Pér.13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér.13			
Engagement 2011-2012 du CSSS Pierre-Boucher										
Santé physique - Chirurgie et durée de l'attente										
1.09.20.01 PS		Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une arthroplastie totale de la hanche (PTH)	SIMASS	Périodique	97,9%	97,9%	90,0%	109%	100,0%	
1.09.20.02 PS		Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une arthroplastie totale du genou (PTG)	SIMASS	Périodique	95,8%	95,8%	90,0%	106%	99,1%	
1.09.20.03 PS		Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie de la cataracte	SIMASS	Périodique	99,1%	99,1%	90,0%	110%	99,4%	
1.09.20.04 PS		Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie d'un jour	SIMASS	Périodique	84,2%	84,2%	90,0%	94%	94,4%	
1.09.20.05 PS		Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées à l'intérieur de 6 mois pour une chirurgie avec hospitalisation	SIMASS	Périodique	87,1%	87,1%	90,0%	97%	92,4%	
Santé physique - Soins palliatifs et radio-oncologie										
1.09.33-PS		Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours	SIMASS	Périodique	40,2%	40,2%	70,0%	57%	51,8%	Légère amélioration des résultats par rapport à la dernière période d'analyse (P10) Causes : Croissance significative des clientèles en oncologie. Plan d'action : Révision des processus avec l'imagerie médicale afin d'accélérer la prise en charge des clientèles.

Suivi de gestion demandé par le MSSS sur les indicateurs 2010-2011 (Indicateurs associés à la planification stratégique 2005-2010)

Ressources humaines										
Indicateurs ¹	Source	Fréquence d'analyse ²	2011-2012				2010-2011	Commentaires		
			Pér.13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér.13			
1.09.11-EG1		Nombre d'arthroplastie de la hanche réalisées (PTH)	OPERA	Périodique	96	96	65	148%	79	Les données utilisées dans le présent tableau de bord proviennent du système de gestion du bloc opératoire OPERA et les cibles sont celles qui ont été déterminées par le programme de santé physique chirurgie en fonction des objectifs financiers.
1.09.12-EG1		Nombre d'arthroplastie du genou réalisées (PTG)	OPERA	Périodique	265	265	200	133%	234	
1.09.13-EG1		Nombre de chirurgie de la cataracte réalisées (cataractes)	OPERA	Périodique	2 588	2 588	2 500	104%	2 689	Les données utilisées par l'Agence proviennent du Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés SIMASS et les résultats diffèrent par rapport à OPERA, surtout au niveau des chirurgies hospitalisées et chirurgies d'un jour.
1.09.14-EG1		Nombre de chirurgies d'un jour (CDJ) réalisées (incluant chirurgies mineures et excluant cataractes)	OPERA	Périodique	7 872	7 872	7 200	109%	7 524	
1.09.15-EG1		Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	OPERA	Périodique	4 150	4 150	4 600	90%	4 136	À la fin de l'année, ce sera les données provenant de MED-ECHO qui seront utilisées au MSSS pour effectuer la reddition de compte tant pour les volumes de l'entente de gestion que ceux pour le paiement des chirurgies opératoires.
1.09.15i-EG1		+ Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH, PTG et chirurgies bariatriques)	OPERA	Périodique	3 657	3 657	4 000	91%	3 704	
1.09.15ii-EG1		+ Nombre de chirurgies bariatriques réalisées - déviation gastrique	OPERA	Périodique	31	31	40	78%		Dans notre cas, l'estimation des volumes de chirurgies est plus précise avec OPERA que SIMASS.
1.09.15iii-EG1		+ Nombre de chirurgies bariatriques réalisées - lapband	OPERA	Périodique	442	442	550	80%	432	
1.09.15iiii-EG1		+ Nombre de chirurgies bariatriques réalisées - manchon	OPERA	Périodique	20	20	10	200%	ND	Dans le cas de la chirurgie bariatrique volet déviation gastrique, les volumes sont fonction de la demande des clientèles.
1.09.32.01-EG2		Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	SIMASS	Périodique	0	0	0		0	
1.09.32.02-EG2		Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	SIMASS	Périodique	0	0	0		0	
1.09.32.03-EG2		Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	SIMASS	Périodique	0	0	0		0	
1.09.32.04-EG2		Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	SIMASS	Périodique	13	13	0		1	Détérioration des résultats par rapport à la dernière période d'analyse (P10)
1.09.32.05-EG2		Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	SIMASS	Périodique	14	14	0		1	Plan d'action : Révision des processus pour accélérer la prise en charge des clientèles.

Source : Tableau de bord sur les informations de gestion (TBIG) du MSSS, GESTRED et données internes à l'établissement.

Indicateurs ¹	Source	Fréquence d'analyse ²	2011-2012				2010-2011	Commentaires
			Pér.13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér.13	

Note 1 : Les indicateurs en rose signifient qu'il s'agit d'un indicateur maison demandé par le programme-clientèle pour venir appuyer l'indicateur principal

Note 2 : Dans le cas des indicateurs dont la fréquence de parution n'est pas périodique, les données affichées ne correspondent pas nécessairement à la période de l'analyse.

Note 3 : Généralement, la projection est calculée selon l'évolution de la courbe des volumes d'activités des années antérieures.

Note 4 : Inférieur à 80% : Rouge, Entre 80% et 94% : Jaune, Supérieur à 95% : Vert

Note 5 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : (((Proj. - Eng.) x 1) / Eng.) + 1 x 100 dans le cas d'un ratio de performance (on veut être > ou = à l'engagement)

Note 6 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : (((Proj. - Eng.) x -1) / Eng.) + 1 x 100 dans le cas d'un ratio de contre-performance (on veut être plus < ou = à l'engagement)

TABLEAU DE BORD DE GESTION 2011-2012

Entente de gestion et d'imputabilité 2011-2012 • Direction des ressources humaines et du développement organisationnel

Période 13 se terminant le 31 mars 2012

Indicateurs ¹	Source	Fréquence d'analyse ²	2011-2012				2010-2011	Commentaires	
			Pér.13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5#}	Pér.13		
Engagement 2011-2012 du CSSS Pierre-Boucher									
Ressources humaines									
3.01-PS	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	SIRH	Périodique	6,5%	6,5%	6,2%	95%	6,5%	Légère baisse des résultats par rapport à la dernière période d'analyse (P10).
3.05.01-PS	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	SIRH	Périodique	5,1%	5,1%	5,3%	105%	4,9%	
3.05.02-PS	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	SIRH	Périodique	3,5%	3,5%	3,9%	110%	3,2%	
3.06.01-PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	SIRH	Périodique	6,9%	6,9%	6,3%	92%	7,9%	Résultats stables par rapport à la dernière période d'analyse (P10) Mesures en place : Embauche de personnel et révision de la confection des horaires.
3.06.02-PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	SIRH	Périodique	3,6%	3,6%	5,3%	133%	5,7%	
3.06.03-PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	SIRH	Périodique	2,7%	2,7%	4,7%	142%	2,7%	
3.14-PS	L'établissement aura obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines	Agrément Canada	P13	Oui	Oui	Oui	100%	Oui	

Source : Tableau de bord sur les informations de gestion (TBIG) du MSSS, GESTRED et données internes à l'établissement.

Note 1 : Les indicateurs en rose signifient qu'il s'agit d'un indicateur maison demandé par le programme-cible pour venir appuyer l'indicateur principal

Note 2 : Dans le cas des indicateurs dont la fréquence de parution n'est pas périodique, les données affichées ne correspondent pas nécessairement à la période de l'analyse.

Note 3 : Généralement, la projection est calculée selon l'évolution de la courbe des volumes d'activités des années antérieures.

Note 4 : Inférieur à 80% : Rouge, Entre 80% et 94% : Jaune, Supérieur à 95% : Vert.

Note 5 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\frac{((Proj. - Eng.) \times 1) + 1}{Eng.} \times 100$ dans le cas d'un ratio de performance (on veut être > ou = à l'engagement)

Note 6 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\frac{((Proj. - Eng.) \times -1) + 1}{Eng.} \times 100$ dans le cas d'un ratio de contre-performance (on veut être plus < ou = à l'engagement)

TABLEAU DE BORD DE GESTION 2011-2012

Entente de gestion et d'imputabilité 2011-2012 • Direction des soins infirmiers, des programmes de santé publiques et de l'organisation communautaire

Période 13 se terminant le 31 mars 2012

Indicateurs ¹	Source	Fréquence d'analyse ²	2011-2012				2010-2011	Commentaires	
			Pér.13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér.13		
Engagement 2011-2012 du CSSS Pierre-Boucher									
Santé publique - Objectifs spécifiques à la région									
16.01.00	Le CSSS aura réalisé les activités lui permettant d'atteindre les résultats inscrits à son plan d'action local de santé publique	Tableau de bord PAL	P13	48	48	62	77%	ND	<p>À l'heure actuelle, l'information disponible permet de faire un suivi de 62 des 85 engagements du Plan d'action local de santé publique 2009-2012 (PAL). <u>Le bilan final sera disponible à l'automne, quand la saisie des interventions en immunisation, en hygiène dentaire et en santé au travail sera complétée.</u></p> <p>Les données indiquent que 48 des 62 engagements pris en 2009 ont été atteints entièrement (43) ou partiellement (5) pour un taux global d'atteinte de 77 %. Ces engagements se rapportent à des domaines variés: collaborations avec les Conférences régionales des élus et les municipalités, soutien aux tables intersectorielles, projets en développement des communautés, promotion de pratiques cliniques préventives auprès des milieux cliniques (GMF, pharmacies d'office, cabinets dentaires, cliniques de santé du Cégep Édouard-Montpetit, services courants du CSSS, certains départements de l'hôpital, etc.), services intégrés en périnatalité et en petite enfance pour les mères vulnérables (SIPPE), promotion de l'allaitement maternel (démarche pour l'obtention de la certification Initiative Amis des Bébé), promotion de la santé en milieu scolaire, soutien aux milieux municipaux et de travail pour le développement d'environnements favorables aux saines habitudes de vie, lutte aux ITSS auprès de groupes vulnérables, implantation de réseaux de sentinelles pour prévenir le suicide, etc.</p> <p><u>Dans plusieurs cas (13), l'atteinte des résultats va au-delà des engagements initiaux ce qui permet de compenser pour les engagements qui n'ont pas été atteints ou qui ont été atteints à moins de 75 % (14).</u> En effet, en raison de changements tant dans l'environnement externe qu'interne, des projets planifiés en 2009 n'ont pu être réalisés. D'autres par contre, qui ne faisaient pas partie du PAL, ont été menés avec succès. Cette année, par exemple, l'équipe d'infirmières œuvrant en milieu scolaire a relevé avec brio l'important défi que représentait l'Opération Rougeole.</p> <p>* Pour être considérées 'partiellement atteintes', les engagements doivent être dans des proportions qui se situent entre 75 et 99 %. Lorsqu'atteints à moins de 75 %, les résultats sont considérés 'non-atteints'.</p>

Source : Tableau de bord sur les informations de gestion (TBIG) du MSSS, GESTRED et données internes à l'établissement.

Note 1 : Les indicateurs en rose signifient qu'il s'agit d'un indicateur maison demandé par le programme-clientèle pour venir appuyer l'indicateur principal

Note 2 : Dans le cas des indicateurs dont la fréquence de parution n'est pas périodique, les données affichées ne correspondent pas nécessairement à la période de l'analyse.

Note 3 : Généralement, la projection est calculée selon l'évolution de la courbe des volumes d'activités des années antérieures.

Note 4 : Inférieur à 80% : Rouge, Entre 80% et 94% : Jaune, Supérieur à 95% : Vert

Note 5 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\frac{(((Proj. - Eng.) \times 1) / Eng.) + 1}{2} \times 100$ dans le cas d'un ratio de performance (on veut être > ou = à l'engagement)Note 6 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\frac{(((Proj. - Eng.) \times -1) / Eng.) + 1}{2} \times 100$ dans le cas d'un ratio de contre-performance (on veut être plus < ou = à l'engagement)

TABLEAU DE BORD DE GESTION 2011-2012

Entente de gestion et d'imputabilité 2011-2012 • Direction des services techniques

Période 13 se terminant le 31 mars 2012

Indicateurs ¹	Source	Fréquence d'analyse ²	2011-2012				2010-2011	Commentaires	
			Pér.13	Proj. ³	Eng.	TAE ^{4,5,6}	Pér.13		
Engagement 2011-2012 du CSSS Pierre-Boucher									
Santé publique - Objectifs spécifiques à la région									
16.01.01	L'établissement aua désigné un gestionnaire responsable de la coordination des travaux visant l'élimination des zones grises liées aux infections nosocomiales	Formulaire papier	P13	Oui	Oui	Oui	100%	ND	Étape 1 : désigner un gestionnaire
16.01.02	Le pourcentage des unités de soins de courte durée où les travaux visant l'élimination des zones grises liées aux infections nosocomiales ont été complétés	Formulaire papier	P13	50,0%	50,0%	50,0%	100%	ND	Étape 3, 4, 5 : faire un inventaire, nommer le service responsable, mise en vigueur et suivi de l'entretien

Source : Tableau de bord sur les informations de gestion (TBIG) du MSSS, GESTRED et données internes à l'établissement.

Note 1 : Les indicateurs en rose signifient qu'il s'agit d'un indicateur maison demandé par le programme-clientèle pour venir appuyer l'indicateur principal

Note 2 : Dans le cas des indicateurs dont la fréquence de parution n'est pas périodique, les données affichées ne correspondent pas nécessairement à la période de l'analyse.

Note 3 : Généralement, la projection est calculée selon l'évolution de la courbe des volumes d'activités des années antérieures.

Note 4 : Inférieur à 80% : Rouge, Entre 80% et 94% : Jaune, Supérieur à 95% : Vert.

Note 5 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\frac{(((\text{Proj.} - \text{Eng.}) \times 1) + 1)}{1} \times 100$ dans le cas d'un ratio de performance (on veut être > ou = à l'engagement)

Note 6 : Le calcul du taux d'atteinte de l'engagement (TAE) est : $\frac{(((\text{Proj.} - \text{Eng.}) \times -1) + 1)}{1} \times 100$ dans le cas d'un ratio de contre-performance (on veut être plus < ou = à l'engagement)

QUELQUES NOTES EXPLICATIVES SUR LES RÉSULTATS DE L'ENTENTE DE GESTION

Indicateur 1.01.13 :

L'indicateur sur le pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS) a dépassé grandement la cible. Sur les 58 écoles publiques du territoire, 26 ont implanté l'AÉS pour un taux d'atteinte de la cible à 45 % alors que l'engagement demandé par l'Agence de la santé et des services sociaux se situait à 28 %. Le but de l'AÉS est de guider et soutenir le déploiement des pratiques efficaces de promotion et prévention de la santé basées sur les besoins des jeunes en milieu scolaire.

Indicateurs 1.01.14, 1.01.15 et 1.01.16 :

L'indicateur sur la proportion des enfants recevant leur 1^{re} dose de vaccin DCat-Polio-HIB dans les délais a dépassé la cible. Sur les 1 607 vaccins qui ont été donnés, 1 398 l'ont été à l'intérieur des délais pour une couverture à 87 %, alors que l'engagement demandé se situait à 85 %. Par contre, les indicateurs sur le Méningocoque du sérogroupe C et la Rougeole-Rubéole-Oreillons (RRO) n'ont pas atteint la cible malgré des mesures mises en place en cours d'année, dont la planification de rendez-vous en soirée et l'instauration des rappels téléphoniques. L'objectif poursuivi par ces indicateurs est d'accroître la protection d'une partie de la population vulnérable à des maladies sérieuses mais évitables.

Indicateur 1.08.09i :

L'indicateur sur le nombre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1^{re} ligne a atteint 82 % de la cible. L'équipe de santé mentale a vu 687 usagers durant l'année, une hausse de près de 5 % par rapport à l'année dernière, alors que l'engagement était de 837. Des difficultés liées au recrutement de professionnels ont contribué à la situation.

Indicateur 1.01.12 :

L'indicateur sur le pourcentage de femmes ayant accouché et bénéficié d'un suivi dans les SIPPE a dépassé légèrement la cible. Nous avons suivi 166 femmes dans les SIPPE sur un potentiel

de 186 femmes pour une couverture à 89 %, alors que l'engagement demandé s'établissait à 87 %. Le programme SIPPE s'adresse aux familles vivant en contexte de vulnérabilité, c'est-à-dire aux futurs parents dont la femme enceinte est âgée de moins de 20 ans ou de plus de 20 ans et vivant dans un contexte d'extrême pauvreté.

Indicateurs 1.01.12B1, 1.01.12B2, 1.01.12B3 et 1.01.12B4 :

Les indicateurs sur le nombre moyen de visites à domicile en période prénatale (de 12 semaines de grossesse à l'accouchement), postnatale 1 (de la naissance à la 6^e semaine) et postnatale 2 (7^e semaine à 12 mois) nous indiquent que nous atteignons les cibles. Par contre, en ce qui a trait à l'indicateur sur le nombre de visites à domicile en période postnatale 3 (13 mois à 60 mois), nous n'atteignons pas le ratio demandé. Les causes possibles viennent du fait qu'il s'agit d'un programme de participation volontaire des parents et qu'il est donc difficile de retenir les clientèles jusqu'à la 5^e année de vie de l'enfant.

Indicateur 1.03.05.01 :

L'indicateur sur le nombre d'heures de soutien à domicile longue durée a dépassé l'engagement avec un taux d'atteinte de la cible à 103 %.

Indicateurs 1.45.04.02, 1.45.04.03 et 1.45.04.04 :

Les indicateurs sur le pourcentage des demandes traitées dans les délais en déficience physique (DP) pour les clientèles de priorité urgente (3 jours), élevée (97 jours) et modérée (360 jours) ont atteint la cible à 85 %, 96 % et 133 %. Ces indicateurs font référence au Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience et définissent les délais raisonnables de prise en charge selon les niveaux de priorité.

Indicateurs 1.45.05.02, 1.45.05.03 et 1.45.05.04 :

Les indicateurs sur le pourcentage des demandes traitées dans les délais en déficience intellectuelle / troubles envahissants du développement pour les clientèles de priorité urgente (3 jours),

élevée (97 jours) et modérée (360 jours) ont atteint la cible à 111 %, 97 % et 133 %. Ces indicateurs font référence au Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience et définissent les délais raisonnables de prise en charge selon les niveaux de priorité.

Indicateurs 4.01.01 et 4.01.05 :

Les indicateurs sur le nombre moyen de patients en processus ou en attente d'évaluation/orientation et ceux en attente d'hébergement n'atteignent pas la cible demandée par l'Agence de la santé et des services sociaux. Le démarrage le 1^{er} juillet 2012 d'une unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) en places achetées améliorera la situation.

Indicateur 1.04.03 :

L'indicateur sur le nombre d'usagers ayant une déficience physique (DP) dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe a atteint la cible à 99 %. 93 usagers sur un engagement de 94 ont reçu des allocations pour l'achat de services de soutien tels que du répit, du gardiennage ou du dépannage.

Indicateur 1.08.05, 1.08.05i et 1.08.06 :

Le nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) offert par notre établissement et les organismes communautaires est conforme à la cible. On peut noter une amélioration notable des résultats par rapport à l'année dernière pour les organismes communautaires où le travail de collaboration a eu ses effets. Finalement, le soutien intensif dans le milieu (SIM) enregistre des résultats conformes à la cible avec une remontée intéressante par rapport à l'année dernière.

Indicateur 1.08.09i :

Le nombre d'usagers ayant reçu des services de santé mentale en 1^{re} ligne a dépassé largement la cible fixée en début d'année. Ces résultats ont été possibles grâce à une remontée importante et soutenue de l'accessibilité des usagers aux services depuis les dernières années.

Indicateurs 1.08.07 et 1.08.08 :

Le séjour moyen sur civière et le pourcentage de 48 heures et plus sur civière pour les clientèles de santé mentale n'ont pas atteint leur cible et constituent un défi majeur pour notre organisation. Des actions se poursuivront durant l'année afin d'améliorer la situation, dont notamment l'évaluation en amont par une infirmière clinicienne et l'évaluation au guichet d'accès du CLSC.

Indicateurs 1.09.08A et 1.09.08B :

Les demandes de service complétées à l'intérieur des délais pour les examens en hémodynamie sont parfaitement sous contrôle et atteignent la cible sans aucun problème.

Indicateurs 1.01.11A, 1.01.11B et 1.01.11D :

Le ratio d'infirmières affectées au programme de prévention des infections nosocomiales n'est pas conforme à la cible fixée. Au cours de l'automne prochain, une infirmière qui a été recrutée entrera en fonction pour combler le poste vacant. D'ici là, un employé de la liste de rappel sera affectée à ce poste.

Indicateurs 1.09.01, 1.09.02, 1.09.03, 1.09.31 et 1.09.04 :

Le séjour moyen sur civière, le pourcentage de 48 heures et plus sur civière et le pourcentage de 24 heures

et plus sur civière pour les clientèles de santé physique n'ont pas atteint leur cible. Le phénomène de vieillissement de la population et le manque de places d'hébergement constituent des facteurs importants d'engorgement de l'urgence. L'ouverture prochaine d'une unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) en places achetées permettra d'améliorer la situation.

Indicateurs 1.09.11 à 1.09.15, 1.09.20.01 à 1.09.20.05 et 1.09.32.01 à 1.09.32.05 :

Tous les volumes de chirurgies de prothèses de la hanche (PTH) et de prothèses du genou (PTG), de la cataracte et des autres chirurgies sont conformes à la cible, sauf pour la chirurgie bariatrique dont la demande est fonction des besoins de la clientèle. Quant aux délais, les PTH et PTG, les cataractes et la majorité des autres types de chirurgie respectent les cibles, sauf pour certaines pour lesquelles une révision du processus est en cours afin de remédier à la situation.

Indicateur 1.09.33 :

En ce qui concerne les patients traités par chirurgie oncologique, les délais sont trop grands et n'atteignent pas la cible établie. Une révision des processus est en cours avec l'imagerie médicale afin d'accélérer le traitement.

Indicateurs 3.01 à 3.06.03 :

Le pourcentage d'heures supplémentaires, le pourcentage d'heures en main-d'œuvre indépendante ainsi que la proportion des heures en assurance salaire atteignent la cible. Les efforts consentis durant l'année en ce qui a trait aux absences à court terme, à la planification des horaires de travail et au plan d'action en matière d'attraction et rétention de la main-d'œuvre a donné les résultats escomptés.

Indicateur 16.01.00 :

À l'heure actuelle, l'information disponible permet de faire un suivi de 62 des 85 engagements du Plan d'action local de santé publique 2009-2012. Le bilan final sera disponible à l'automne quand la saisie des interventions en immunisation, en hygiène dentaire et en santé au travail sera complétée. Tout porte à croire en ce moment que les résultats seront conformes à la cible.

APPLICATION DE LA LOI VISANT LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Relativement à l'application de la Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette (Loi 100), l'établissement a pris les mesures nécessaires pour atteindre les cibles de réduction budgétaire qui lui ont été fixées. Ainsi, en vue d'atteindre l'objectif de réduction de 10 % des dépenses de nature administrative au terme de l'année 2013-2014, une coupure de 665 138 \$ a été réalisée au cours de l'exercice 2011-2012.

D'autres mesures visant l'atteinte de l'équilibre budgétaire par le maintien de la croissance des dépenses du secteur de la santé et des services sociaux à 5 % ont été réalisées sur la base de l'optimisation de services. Les cibles d'optimisation fixées pour le CSSS Pierre-Boucher au cours de 2011-2012, de l'ordre de 495 157 \$, ont été atteintes.

RECOMMANDATIONS FAITES PAR L'ORGANISME D'AGRÉMENT

En juillet 2011, le CSSS Pierre-Boucher a reçu la confirmation, par le Comité d'approbation de l'organisme d'agrément, que toutes les conditions émises à la suite de la visite de 2010 ont été respectées. Le plan d'amélioration de la qualité et du rendement mis à jour démontre la conformité à toutes les exigences qui ont fait l'objet d'évaluation.

SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

DÉCLARATION DES INCIDENTS/ ACCIDENTS

Voici les actions réalisées pour promouvoir de façon continue la déclaration des incidents/accidents :

- 460 personnes (employés et gestionnaires) ont été formées lors des activités du programme d'orientation du nouveau personnel afin de les sensibiliser et les informer sur leur rôle et responsabilités en matière de gestion des risques et de la sécurité des soins et services, de même que sur les obligations de déclaration et de divulgation des incidents et accidents survenus dans le cadre de la prestation des soins et services aux usagers;
- 80 personnes ont été formées sur l'utilisation du formulaire AH-223;
- 70 personnes ont reçu une formation sur le programme d'agrément et les pratiques organisationnelles requises (POR) en matière de sécurité aux usagers.

APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE DES USAGERS

Les résultats sur l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle démontrent une diminution significative et constante de ce type de mesures. Ils témoignent de l'application des orientations ministérielles de réduction des mesures de contrôle dès l'intégration du nouveau personnel et de façon

continue dans les pratiques quotidiennes des intervenants. Ils démontrent également les efforts concertés des gestionnaires et des équipes interprofessionnelles pour implanter une culture de promotion de l'autonomie et de prévention des risques de chute et des blessures pouvant y être associées.

Au programme hébergement, la réduction des mesures de contrôle est intégrée à la planification stratégique, et la surveillance de cet indicateur est assurée périodiquement. À cet effet, des rapports sont émis quatre fois par année afin de suivre l'évolution des travaux et l'impact des mesures mises en place.

Le pourcentage de résidents en centre d'hébergement touchés par l'application d'une mesure de contention a diminué de 8,5 %, passant de 45,4 % en 2010-2011 à 36,9 % en 2011-2012.

À l'hôpital, au cours de l'année 2011-2012, les données obtenues à partir du formulaire de déclaration indiquent qu'il y a eu un total de 587 mesures de contrôle appliquées pour 476 patients. Ces mesures comprennent 481 contentions physiques et 106 recours à l'isolement. Les données indiquent que 14 % de ces mesures ont été appliquées dans un contexte de soins planifiés. De ce nombre, 99 % des déclarations incluaient un consentement. Enfin, 70 % des mesures ont été appliquées dans un contexte d'intervention non planifiée.

Tout est mis en œuvre pour poursuivre le travail auprès des équipes de soins, le point de mire étant l'appropriation de l'approche de pacification en tant que pratique exemplaire en regard de la prévention et de la gestion sécuritaire des comportements agressifs et de violence ainsi que de l'utilisation exceptionnelle judicieuse et sécuritaire de la contention physique et de l'isolement.

RECOMMANDATIONS DU CORONER

Deux recommandations du coroner ont fait l'objet de correctifs :

- recommandation relative au suivi de la clientèle en santé mentale lors d'un départ du médecin traitant : une procédure a été formalisée par l'équipe médicale du département de psychiatrie afin d'améliorer la continuité des services et éviter la récurrence de l'événement;
- recommandation relative à l'évaluation du niveau d'adaptation d'une personne âgée nécessitant un hébergement : un comité sur la prévention et la gestion des conduites suicidaires est constitué au CSSS Pierre-Boucher. Une procédure visant à informer les intervenants de première ligne du transfert d'une personne âgée en raison d'une perte d'autonomie afin de lui offrir un soutien psychologique et d'assurer un suivi de son état psychologique est à l'étape d'élaboration.

EXAMEN DES PLAINTES ET PROMOTION DES DROITS DES USAGERS

Le rapport annuel d'activités 2011-2012 de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, celui du médecin examinateur et celui du comité de révision ont été présentés au comité de vigilance et de la qualité et au conseil d'administration du CSSS Pierre-Boucher.

Ces rapports font le bilan annuel des activités liées au régime d'examen des plaintes et au respect des droits des usagers et exposent les faits saillants relatifs au traitement des plaintes et aux demandes d'assistance.

Pour obtenir une copie de ces documents, on peut communiquer avec le bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, au 450 468-8447.

MOYENS MIS EN PLACE POUR ÉVALUER LA SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE

Deux sondages ont été effectués pour évaluer la satisfaction de la clientèle :

- l'un ciblant la clientèle ayant subi une chirurgie bariatrique en 2010-2011, par le biais d'un questionnaire acheminé au domicile de ces patients. Le sondage portait sur les soins et services reçus tout au long de la trajectoire empruntée par l'utilisateur, allant du bureau du médecin jusqu'au suivi à domicile. 145 personnes ont répondu,

soit un taux de participation de 32 %. 90 % des répondants sont très ou extrêmement satisfaits. Parmi les points positifs, on note l'appréciation de l'enseignement relatif à la préparation pour l'opération, à la chirurgie et à la période postopératoire. Dans les points à améliorer, on mentionne le désir de recevoir des conseils pour l'adoption de saines habitudes alimentaires ainsi que le soutien psychologique en période postopératoire;

- l'autre en lien avec le service de la natalité, auquel 651 personnes (86,8 %) ont répondu. Les usagers se déclarent satisfaits de l'approche respectueuse, de l'enseignement et du respect de leurs décisions. Dans les points d'amélioration, on mentionne la difficulté à dormir et à se reposer en raison du bruit, et on souhaite que les heures de visite soient étendues.

CONSEILS ET COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX EN DATE DU 31 MARS 2012

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

M. Luc Genest, président	Agence
M. Pierre Gagnon, vice-président	Cooptation
M. Yvon Richer, trésorier	Agence
Mme Caroline Barbir, directrice générale, secrétaire	Membre d'office
M. Pierre Boucher	Cooptation
M. Jean Boulanger	Cooptation
Mme Joanne Bourgeois	Population
Mme Geneviève Grégoire	Cooptation
Dr Michel Jarry	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
M. Gilles Lacroix	Population
Mme Lise Lefebvre Carrier	Comité des usagers
Mme Gisèle Martel	Personnel non clinique
Mme Lucie Masse	Fondations
Mme Diane Mercier	Comité des usagers
Mme Monique Olivier	Conseil des infirmières
M. Arnaud Seigle-Goujon	Cooptation
Mme Caroline Villeneuve	Cooptation
M. Jean-François Dubé	Conseil multidisciplinaire

COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Comité exécutif

M. Luc Genest, président
M. Pierre Gagnon, vice-président
M. Yvon Richer, trésorier
Mme Caroline Barbir, secrétaire
M. Jean Boulanger
Dr Michel Jarry

Comité de vérification et comité de gestion budgétaire

M. Jean Boulanger
M. Arnaud Seigle-Goujon
M. Yvon Richer, membre d'office
M. Luc Genest, membre d'office

Comité d'évaluation de la directrice générale

M. Pierre Gagnon
Mme Geneviève Grégoire
M. Luc Genest, membre d'office

Comité des ressources humaines

M. Pierre Boucher
Mme Geneviève Grégoire
M. Gilles Lacroix
Mme Gisèle Martel
Mme Monique Olivier
Mme Caroline Barbir, membre d'office
M. Philippe Benoit, membre d'office

Comité de vigilance et de la qualité

Mme Geneviève Grégoire, présidente
Mme Caroline Villeneuve, vice-présidente
Mme Caroline Barbir, secrétaire
Mme Lise Lefebvre-Carrier
Mme Huguette Dupuis

Comité de révision du traitement d'une plainte concernant un médecin, un dentiste ou un pharmacien

Mme Caroline Villeneuve, présidente
Dr Franck Paul-Hus
Dr Mario Ducharme

Comité de gouvernance et d'éthique

M. Luc Genest, président
M. Jean-François Dubé
M. Pierre Gagnon
Mme Lucie Masse
M. Yvon Richer

LE CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (CII)

En 2011-2012, le CII s'est impliqué dans le processus d'inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Ce processus a fait l'objet de nombreux audits de qualité effectués par les membres du CII accompagnés par les conseillères de la direction des soins infirmiers, des programmes de santé publique et de l'organisation communautaire. Un plan d'amélioration a été déposé le 30 mars 2012 à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Le Comité des infirmières et des infirmiers auxiliaires (CIIA) a également contribué à la visite d'inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ). Un plan d'amélioration a été déposé à l'OIIAQ le 30 mars 2012.

Le CII a présenté au comité de bioéthique, à la directrice générale et à la directrice des soins infirmiers, des programmes de santé publique et de l'organisation communautaire un avis concernant le document « être intervenant au CSSS Pierre-Boucher : des valeurs au coeur de l'action, pour mieux intervenir. »

Plusieurs activités de communication avec les membres se sont tenues au cours de l'année, notamment par l'activation d'une adresse courriel spécifique au comité exécutif du CII (CECII), l'émission de recommandations à la suite des audits de qualité effectués par les conseillères en soins spécialisés et la participation de ses membres aux divers comités de l'établissement.

Le CIIA a pour sa part offert à ses membres deux journées de formation : « L'oncologie : mieux comprendre pour mieux soigner » et « Pratique optimale des soins infirmiers dans les cas d'accidents vasculaires (ACV) ». Le conseil a également réalisé et distribué son nouveau dépliant.

Membres élus

M. Marc-André Rainville, président
Mme Mélanie Gagnon, agente de communication
Mme Josée Bombardier, agente de communication
Mme Denise Morin, présidente sortante

Membres remplaçantes

Mme Hélène Laplante, vice-présidente
Mme Julie Trudeau-Aubin, secrétaire

Représentantes du CIIA

Mme Chantal Bélanger, présidente
Mme Line Kirouac, officier

Membres d'office

Mme Caroline Barbir, directrice générale
Mme Pauline Plourde, directrice DSIPSPOC

LE CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

Les priorités 2011-2012 du conseil multidisciplinaire ont porté entre autres sur l'amélioration de la qualité de la pratique professionnelle, particulièrement sur la révision du Cadre d'amélioration de la qualité de vie ainsi que sur l'application des modifications du code des professions (lois 90 et 21). En outre, le Conseil multidisciplinaire a fait la promotion de la qualité de la pratique et de la mobilisation des professionnels par le biais de la reconnaissance en créant notamment La semaine des professionnels du conseil multidisciplinaire du CSSS Pierre-Boucher durant la Semaine nationale des ordres professionnels.

Les membres ont également contribué à différents projets des regroupements professionnels, tels que le continuum de services en ergothérapie, la formation sur l'approche motivationnelle en nutrition, l'uniformisation à l'échelle de l'établissement du logiciel d'exercices en physiothérapie, le portrait de la pratique sociale au CSSS Pierre-Boucher, le profil de compétences des éducateurs spécialisés et l'évaluation de la qualité de l'acte en inhalothérapie.

Enfin, le comité a participé à l'assemblée des partenaires, au comité directeur sur les orientations stratégiques 2012-2018 de l'établissement, au comité de sélection du nouveau directeur des services multidisciplinaires ainsi qu'au sous-comité d'allocations de revenus de stages.

Membres du conseil multidisciplinaire

Exécutif

Mme Johanne Hotte, présidente
Mme Renée Bérubé
Mme Justine Doyon-Blondin
M. Jean-François Dubé
M. Jean-Philippe Matton
Mme Véronique Cools
Mme Louise Bellemare
Mme Geneviève Webster

Membres d'office

Mme Caroline Barbir, directrice générale
M. Régis Pearson, directeur des services multidisciplinaires

LE CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Le CMDP a poursuivi son implication active dans les affaires médicales de l'établissement tout au cours de l'année. Outre les recommandations au conseil d'administration relatives aux nominations des chefs de département et aux nominations, modifications de privilèges et démissions de membres, le CMDP a procédé à des modifications au plan d'organisation médicale par la création des services de soins palliatifs et d'oncologie et du département d'anatomopathologie.

Le plan des effectifs médicaux a par ailleurs retenu l'attention. Bien que la situation des effectifs en médecine générale semble stabilisée, la vision ministérielle d'orienter la pratique de la médecine générale à l'extérieur des hôpitaux et le nouveau mode de calcul des activités médicales particulières (AMP) pourraient à moyen terme venir modifier le mode de fonctionnement établi à l'Hôpital Pierre-Boucher, ce qui ne serait pas optimal pour la clientèle. Par ailleurs, plus de 40 nouveaux postes sont prévus au plan des effectifs médicaux en spécialités dans les prochaines années et cet ajout constituera un défi de taille quant à la disponibilité budgétaire, de l'équipement et des infrastructures pour accueillir adéquatement ces médecins.

Les développements en cours en hémodynamie et en imagerie médicale, ceux à venir pour l'ouverture des 10^e et 11^e salles d'opérations et le plan fonctionnel et technique pour la construction d'une nouvelle urgence ont requis la participation et l'implication de nombreux médecins et constituent des projets rassembleurs pour l'équipe médicale.

En ce qui concerne l'enseignement médical, un nombre record d'étudiants, de stagiaires en médecine et de médecins participants a été enregistré. Ainsi, 125 stagiaires en médecine, 175 étudiants et 124 médecins ont participé à l'enseignement. La majorité des stagiaires proviennent de l'Université de Montréal, mais une volonté est exprimée de tenter de répondre aux autres universités, dont McGill.

Le comité d'examen des titres a quant à lui procédé à l'étude de 216 dossiers de candidatures et de nominations, de modification de privilèges, de congés de service, de démissions, de demandes de stage et de demandes de privilèges temporaires.

Le comité de pharmacologie, en plus de s'impliquer de façon particulière dans le suivi relatif aux nombreux médicaments en rupture de stock, s'est notamment investi dans l'étude des demandes d'ajouts au formulaire, de mise à l'essai, de refus, d'ajouts d'une indication, du retrait et de la substitution automatique de médicaments. La pharmacovigilance, la surveillance des antibiotiques et l'anticoagulothérapie ont également été à l'ordre du jour des activités du comité.

Le comité des ordonnances collectives a présenté au CMDP 14 ordonnances collectives en plus d'adopter 14 ordonnances pré-imprimées. Des améliorations ont été mises en place dans le but d'accélérer le processus de coordination lié à l'élaboration et à l'adoption de ces ordonnances et d'en améliorer le fonctionnement.

Le comité médical aviseur, composé entre autres des chefs de départements cliniques, a poursuivi son implication quant au choix des équipements médicaux à prioriser, aux discussions relatives aux divers développements dans les programmes cliniques et à l'instauration de liens de collaboration avec la pharmacie de l'établissement. Le dossier des délais liés à la transcription de certains rapports d'examen et l'élaboration de protocoles d'échographie pour la détection de la trisomie 21 ont notamment retenu l'attention.

Les activités du comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique ont porté sur l'étude rétrospective ou prospective et sur tous les décès. Des problématiques liées à la gestion des allergies dans les dossiers médicaux ont été soulevées afin que ce volet soit dorénavant mieux structuré. Le processus entourant la prise en charge des patients admis en médecine générale avant l'évaluation a également été étudié.

Enfin, le comité de développement professionnel continu a souligné la qualité des conférences et la précieuse collaboration apportée par les départements médicaux. La participation des médecins a été éloquent.

Membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Exécutif

Dr Michel Jarry, président
Dr Pierre Tétrault, secrétaire
Dr Luc Larivière, trésorier

Dre Michèle Boucher
Dr Pierre Fournier
Dre Lyne Massé
Dr Victor Plourde

Membres d'office

Mme Caroline Barbir, directrice générale
Dr Michel Laurence, directeur médical et des services professionnels

LE CONSEIL PARAPROFESSIONNEL (CP)

Plusieurs points ont soulevé l'intérêt des membres du comité cette année, notamment le projet clinique sur les maladies chroniques, le programme d'entretien préventif des équipements au CSSS Pierre-Boucher, le système Méditab, les questionnaires de satisfaction de la clientèle et des employés relatifs à l'alimentation.

Les membres du conseil paraprofessionnel ont par ailleurs été consultés sur la démarche de planification du CSSS pour les cinq prochaines années. Un membre du conseil paraprofessionnel participera au comité d'orientation stratégique qui se chargera d'identifier des perspectives à l'égard de l'organisation des services de l'établissement.

Les membres du comité ont siégé au sein du Comité de qualité de vie au travail, de la Table de continuum pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALVDP) et de l'Assemblée des partenaires.

Membres du conseil paraprofessionnel

Exécutif

Mme Line Langevin, présidente
Mme Natalie Bédard, vice-présidente
Mme Danielle Laventure, secrétaire
M. Marc Casaubon (démission à la fin de l'année)
M. Denis Rifon
M. Luc Breton
M. Claude Lajoie

Membre d'office

Mme Sylvie Desmarais, directrice de la gestion des risques, de l'assurance qualité et de la performance

LE COMITÉ DE BIOÉTHIQUE

Réalisations du comité de bioéthique :

- réflexion sur le rôle et la signification de « soignant » au CSSS Pierre-Boucher, suivie de l'élaboration d'un avis éthique;
- tenu de deux « cafés éthiques », ou conférences, sur les thèmes suivants :

Enjeux éthiques et soins à domicile et Enjeux éthiques et niveau de soins;

- de plus, l'unité de consultation en éthique clinique a répondu à 11 demandes de consultation pour des problématiques complexes ayant des enjeux éthiques. De même, le comité a réalisé plusieurs activités pour faire connaître et développer une culture éthique dans l'organisation auprès de trois regroupements professionnels et du comité des usagers.

LE COMITÉ DES USAGERS

Au total, quatorze rencontres du comité des usagers se sont tenues dans les différentes installations du CSSS, particulièrement et alternativement dans la plupart des centres d'hébergement.

L'année 2011-2012 a été marquée par la mise sur pied d'un sous-comité promotion qui a eu pour mandat de travailler sur un projet de communication et de promotion visant à rejoindre les usagers utilisant les services des CLSC et de l'Hôpital Pierre-Boucher. Les membres se sont rencontrés à cinq reprises sur ce projet, baptisé « Tous les efforts vers les usagers des soins de courte durée ».

Pour la troisième année consécutive, un calendrier annuel promotionnel a été offert, à l'occasion de Noël, à tous les résidents et leurs proches dans les sept centres d'hébergement.

Le comité a poursuivi les activités de son sous-comité des plaintes et une rencontre a eu lieu afin de revoir la façon de traiter les communications avec les usagers. Ces derniers ont fait appel au comité pour des renseignements ou pour une assistance particulière mais également pour obtenir l'aide nécessaire dans le suivi ou la rédaction de leur plainte acheminée au bureau du commissaire aux plaintes.

Comme par les années passées, les membres du comité ont reçu, dans le cadre de leurs réunions mensuelles, différents questionnaires du CSSS pouvant les informer ou les interpeller sur des sujets touchant les soins offerts aux utilisateurs des services de santé du CSSS Pierre-Boucher.

Nous avons actualisé le document « Vos droits, nos priorités », guide pratique d'information sur les droits et responsabilités des résidents et de leurs proches. Ce guide sert également d'outil de référence pour les sept comités de résidents des centres d'hébergement du CSSS.

Par le biais de la présidente, le comité des

usagers a participé activement aux travaux du CSSS concernant les soins spirituels dédiés aux patients de l'hôpital et aux résidents des centres d'hébergement.

Enfin, le comité désire souligner de façon toute particulière les efforts constants et le travail des membres des comités de résidents des sept centres d'hébergement. Ceux-ci mettent tout en œuvre pour soutenir les résidents et leurs proches quant à l'amélioration de la qualité de vie et de soins reçus dans leur résidence respective.

Membres du comité des usagers

Mme Diane Mercier, présidente
M. Robert Bourguignon, vice-président
M. Gilles W. Massé, trésorier
Mme Pauline Beauchemin, conseillère
M. Raymond Poisson, secrétaire
M. Jean Babin, conseiller
Mme Louise Bissonnette, conseillère
Mme Lise Lefebvre-Carrier, conseillère
Mme Johanne Guillemette, conseillère
M. Claude Leblanc, conseiller
M. Denis Leblanc, conseiller
M. Jacques Lefebvre, conseiller
M. Jules Senez, conseiller
Mme Monique Bouchard, conseillère

LE COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

En regard des responsabilités qui lui sont dévolues par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, voici les principales actions réalisées par le comité de vigilance et de la qualité au cours de l'année :

Étude et analyse des rapports périodiques :

- de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services – une des composantes principales de leur mandat et de celui du Protecteur du citoyen : un suivi sur le traitement des plaintes et des insatisfactions de la clientèle a été réalisé à chaque rencontre;
- de la gestion des risques : la réalisation d'une analyse prospective au regard de l'administration sécuritaire de l'insuline et la mise en place de mesures d'amélioration. Également, l'élaboration d'un outil « aide-mémoire » visant la réduction des incidents et accidents reliés à l'identification des spécimens de laboratoire et l'organisation d'activités d'information pour le personnel soignant.

Suivi des activités du programme de prévention et de contrôle des infections :

- l'écllosion de *Clostridium difficile* déclarée en mars 2011 à l'hôpital a fait l'objet de suivi à chaque rencontre du comité. Les pratiques d'hygiène ont été resserrées tant par le personnel clinique

que de soutien et le plan d'action de l'établissement a été produit et suivi de façon rigoureuse ainsi que validé et approuvé par la Direction de la santé publique de la Montérégie;

- une écllosion sur l'unité de soins de gériatrie de l'hôpital a mobilisé les équipes à l'automne 2012. Les mesures déployées ont permis de circonscrire l'écllosion à cette unité.

Autres suivis :

- utilisation des mesures de contrôle – incluant les contentions – en centre d'hébergement et à l'hôpital;
- visite d'Agrément Canada de février 2010;
- plan d'amélioration de l'implantation de l'approche milieu de vie aux centres d'hébergement Chevalier De-Lévis et Jeanne-Crevier;
- visites d'inspection des ordres professionnels en cours d'exercice, soit celle de l'Ordre des pharmaciens - visite ciblée sur la préparation de produits stériles - ainsi que celle de l'Ordre des inhalothérapeutes et celle de l'Ordre des technologues en imagerie médicale et en radio-oncologie;
- enquêtes du coroner;
- résultats de l'évaluation de l'organisation des services des centres de référence pour l'investigation désignés (CRID) du cancer du sein qui ont conduit celui de l'Hôpital Pierre-Boucher à une désignation pour trois ans.

LE COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Les événements reliés au circuit du médicament à l'hôpital et les chutes en centre d'hébergement constituent la majorité des déclarations d'incidents et d'accidents.

Des activités ont été initiées dans le cadre de la semaine nationale sur la sécurité des patients qui s'est déroulée du 31 octobre au 4 novembre dernier. Une conférence sur l'administration sécuritaire de l'insuline ainsi que des séances de sensibilisation sur la texture des aliments et la sécurité des résidents ont été les thématiques choisies pour souligner et promouvoir la sécurité des soins et services. Quelque 200 personnes ont participé à ces activités.

LE COMITÉ DE PRÉVENTION ET DE CONTRÔLE DES INFECTIONS

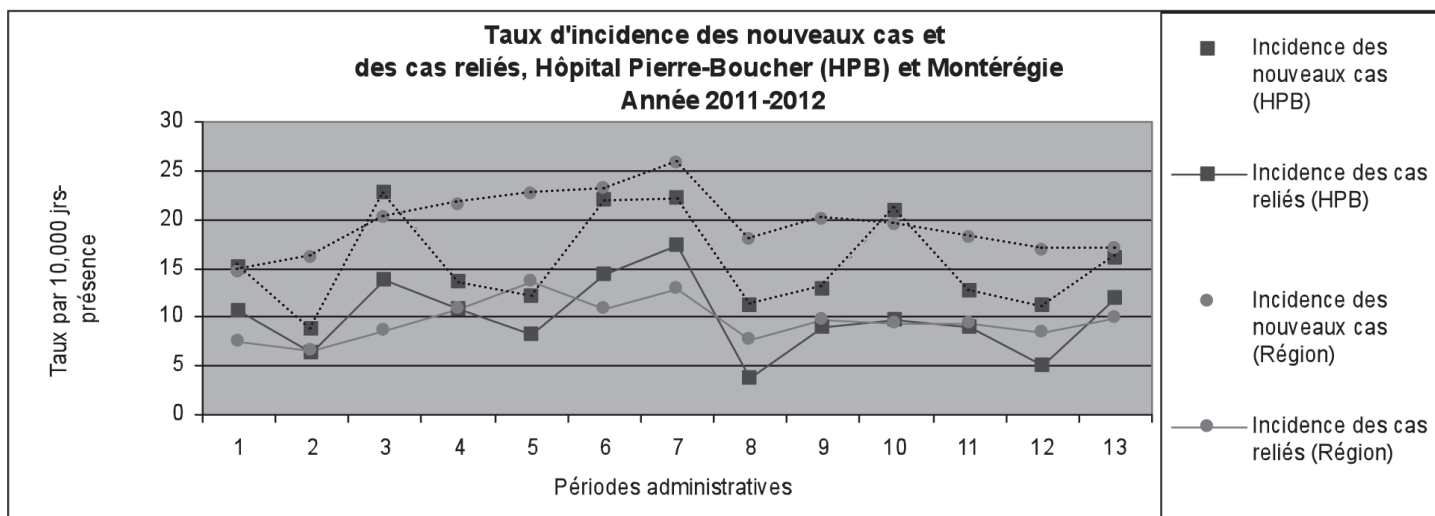
Voici les types d'infection qui ont fait l'objet d'une surveillance systématique au cours de l'année 2011-2012 et les résultats de cette surveillance :

SURVEILLANCE PROVINCIALE HÔPITAL PIERRE-BOUCHER 2011-2012

INFECTIONS	Total-données brutes
Bactériémies à <i>Staphylococcus aureus</i> d'origine nosocomiale :	
• <i>S. aureus</i> sensible	6
• <i>S. aureus</i> résistant (SARM)	1
Bactériémies sur cathéters centraux aux soins intensifs	0
INFECTIONS	Taux d'incidence par 10 000 jours-présence
Diarrhée associée au <i>Clostridium difficile</i> d'origine nosocomiale	
• Hôpital Pierre-Boucher	5,3
• Montérégie	5,1
• Province de Québec	7,3

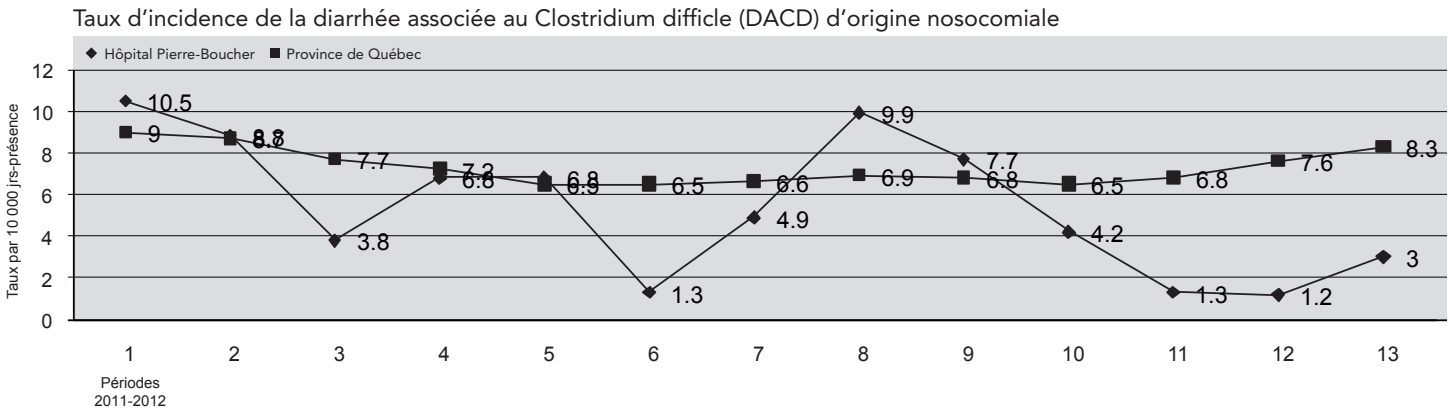
SARM (*Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline)

Taux d'incidence des nouveaux cas et des cas reliés, Hôpital Pierre-Boucher et Montérégie – Année 2011-2012



DIARRHÉE ASSOCIÉE AU CLOSTRIDIUM DIFFICILE (DACD)

Incidence de la DACD 2011-2012 – Comparaison avec la province de Québec



INFLUENZA ET SAG

Aucune éclosion d'influenza n'a été répertoriée à l'Hôpital Pierre-Boucher en 2011-2012. Pour ce qui est des centres d'hébergement, une éclosion d'influenza de type B s'est déclarée au Centre d'hébergement René-Lévesque touchant quatre unités. Elle a débuté le 13 mars et a pris fin le 11 avril 2012. Il y a eu trois unités touchées et nous avons dénombré sept cas d'influenza de type B au total.

Dans quelques-uns de nos centres d'hébergement, à la période 11 (2011-2012), nous avons également identifié des cas de syndrome d'allure grippale (SAG). Des tests de détection de l'influenza ont été effectués chez ces résidents et tous les résultats se sont avérés négatifs. Il s'agissait vraisemblablement d'un virus respiratoire autre que l'influenza qui était en circulation dans la communauté à ce moment.

Des mesures de prévention et de contrôle des infections ont tout de même été appliquées aux résidents qui présentaient un SAG pendant la durée des symptômes, et ce, pour éviter la propagation aux autres résidents.

GASTRO-ENTÉRITE

Une seule éclosion de gastro-entérite est survenue au cours de l'année 2011-2012 à travers le CSSS Pierre-Boucher. Celle-ci s'est produite à la période 12 au Centre d'hébergement du Chevalier-De Lévis.

Les taux d'attaque chez les résidents et les membres du personnel ont été respectivement de 31,3 % et 36,4 %. La situation a été contrôlée grâce à la collaboration de tous les intervenants de ce centre.

ERV (ENTÉROCOQUE RÉSISTANT À LA VANCOMYCINE)

Absent depuis plusieurs années, l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) a refait son apparition à l'Hôpital Pierre-Boucher. Une éclosion de ERV s'est déclarée le 10 juin 2011 (période 3) dans une unité d'hospitalisation. Au total, sept cas ont été répertoriés en lien avec l'éclosion, tous sont colonisés et aucun n'a présenté d'infection. L'éclosion a pris fin à la période 5, le 19 juillet 2011. Un cas isolé de ERV a été identifié au Centre d'hébergement du Chevalier-De Lévis à la période 7 (2011-2012). Aucun autre cas n'a été répertorié.

RESSOURCES HUMAINES DE L'ÉTABLISSEMENT

Effectifs de l'établissement en date du 31 mars 2012	Exercice en cours	Exercice antérieur
Les cadres		
• Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	152	155
• Temps partiel - nombre de personnes ETC* (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	20	13
• Nombre de cadres en stabilité d'emploi	-	-
Les employés réguliers		
• Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	1 492	1 356
• Temps partiel - nombre de personnes ETC* (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	1 200	1 173
• Nombre d'employés en sécurité d'emploi	-	-
Les occasionnels		
• Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	1 169 949	1 284 636
• Équivalents temps complet (ETC) **	638	703

* L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers : nombre d'heures de travail selon le contrat de travail, divisé par nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.

** L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels : nombre d'heures rémunérées, divisé par 1 826 heures.

ÉTATS FINANCIERS 2010-2011

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Aux membres du Conseil d'administration du
Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2012 et les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi que les notes annexes, sont tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher pour l'exercice terminé le 31 mars 2012. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 14 juin 2012 (voir ci-dessous).

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait par conséquent se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités, sur la base des critères décrits aux paragraphes 385.7 et 391 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux datée mise à jour au 1^{er} juin 2012 (« critères »).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (« NCA ») 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion avec réserves

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher pour l'exercice terminé le 31 mars 2012 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, sur la base des critères ci-haut mentionnés. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher pour l'exercice terminé le 31 mars 2012.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves formulée dans notre rapport daté du 14 juin 2012. Notre opinion avec réserves est fondée sur les faits suivants :

Comme l'explique la note 2 et tel qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire ne sont pas comptabilisés à l'état de la situation financière, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant comme nous l'avons fait pour les états financiers de l'exercice précédent. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2012 et au 31 mars 2011 n'ont pu être déterminées, car l'information n'est pas disponible au niveau de l'établissement.

Comme l'explique la note 2 et tel qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme étant des contrats de location-exploitation alors qu'il s'agit de contrats de location-acquisition, conformément à la note d'orientation no 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Cette situation nous conduit donc à exprimer une opinion d'audit modifiée sur les états financiers de l'exercice courant, comme nous l'avons fait pour les états financiers de l'exercice sur les états financiers au 31 mars 2012 et au 31 mars 2011 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, les états financiers résumés donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher au 31 mars 2012, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Le 18 juin 2012



¹ CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique no A108263

ÉTAT DES RÉSULTATS • EXERCICE FINANCIER TERMINÉ LE 31 MARS 2012

	Exploitation (\$)			Immobilisation (\$)	Total (\$)	
	Activités principales	Activités accessoires	Total		2011-2012	2010-2011
Revenus						
Subventions Agence et MSSS	269 839 588	22 651	269 862 239	14 542 374	284 404 613	264 755 616
Subventions Gouvernement du Canada		179 744	179 744		179 744	179 744
Contributions des usagers	21 583 137		21 583 137		21 583 137	20 910 684
Ventes de services et recouvrements	2 656 253		2 656 253		2 656 253	3 529 125
Donations	78 472		78 472	1 534 853	1 613 325	1 427 181
Revenus de placement				5 289	5 289	
Revenus de type commercial		1 949 100	1 949 100		1 949 100	1 985 862
Gain sur disposition				1 363	1 363	
Autres revenus	1 155 398	1 364 971	2 520 369	48 255	2 568 624	2 550 669
Total des revenus	295 312 848	3 516 466	298 829 314	16 132 134	314 961 448	295 338 881
Charges						
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	207 866 967	1 907 985	209 774 952		209 774 952	194 858 581
Médicaments	9 376 867		9 376 867		9 376 867	8 763 627
Produits sanguins	3 180 099		3 180 099		3 180 099	2 968 453
Fournitures médicales et chirurgicales	16 541 465		16 541 465		16 541 465	15 650 581
Denrées alimentaires	3 296 305		3 296 305		3 296 305	3 210 895
Rétributions versées aux ressources non institutionnelles	13 260 886		13 260 886		13 260 886	13 686 830
Frais financiers	90 848		90 848	5 006 929	5 097 777	4 828 850
Entretien et réparations	3 273 778		3 273 778	949 190	4 222 968	3 596 719
Créances douteuses	163 250		163 250		163 250	26 520
Amortissement des immobilisations				10 175 948	10 175 948	9 413 834
Autres charges	37 707 795	1 012 233	38 720 028	67	38 720 095	39 397 769
Total des charges	294 758 260	2 920 218	297 678 478	16 132 134	313 810 612	296 402 659
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	554 588	596 248	1 150 836		1 150 836	(1 063 778)
À TITRE D'INFORMATION SEULEMENT						
Contributions affectées à d'autres fonds	(2 235 835)	----	(2 235 835)	2 235 835	---	---
Excédents des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) après contributions affectées à d'autres fonds	(1 681 247)	596 248	(1 084 999)	2 235 835	1 150 836	(1 063 778)

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE
EXERCICE FINANCIER TERMINÉ LE 31 MARS 2012

	Exploitation (\$)	Immobilisation (\$)	Total (\$)	
			2011-2012	2010-2011
Actifs financiers				
Encaisse (découvert de banque)	1 821 881	2 944 463	4 766 344	2 878 271
Débiteurs – Agence et MSSS	33 409 868	2 942 763	36 352 631	24 099 573
Autres débiteurs	3 739 670	628 927	4 368 597	6 916 029
Créances interfonds (dette interfonds)	(1 154 038)	1 154 038		
Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable	17 023 589	12 584 607	29 608 196	28 596 850
Frais reportés liés aux dettes		1 369 611	1 369 611	1 367 797
Autres éléments	360 053	219 452	579 505	902 688
Total des actifs financiers	55 201 023	21 843 861	77 044 884	64 761 208
Passifs				
Emprunts temporaires	12 500 000	37 835 314	50 335 314	51 789 905
Autres créditeurs et autres charges à payer	45 711 179	3 189 211	48 900 390	47 058 223
Avances de fonds en provenance de l'agence – enveloppes décentralisées		6 916 100	6 916 100	3 228 122
Intérêts courus à payer	11 319	1 169 088	1 180 407	1 174 005
Revenus reportés	8 396 050	17 394 352	25 790 402	17 196 715
Dettes à long terme		101 857 979	101 857 979	99 329 049
Autres éléments	283 581		283 581	234 885
Total des passifs	66 902 129	168 362 044	235 264 173	220 010 904
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(11 701 106)	(146 518 183)	(158 219 289)	(155 249 696)
Actifs non financiers				
Immobilisations		149 869 123	149 869 123	146 136 519
Stocks de fournitures	3 480 375		3 480 375	3 103 201
Frais payés d'avance	906 420		906 420	895 769
Total des actifs non financiers	4 386 795	149 869 123	154 255 918	150 135 489
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	(7 314 311)	3 350 940	(3 963 371)	(5 114 207)

ÉTAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)
AU 31 MARS 2012

	Exploitation (\$)	Immobilisation (\$)	Total (\$)
			2010-2011
			2011-2012
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(10 228 282)	(145 021 414)	(155 249 696)
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures			17 461 351
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ	(10 228 282)	(145 021 414)	(155 249 696)
Surplus (déficit) de l'exercice	1 150 836	----	1 150 836
Variations dues aux immobilisations			(1 063 778)
Acquisitions		(15 395 005)	(31 731 895)
Amortissement de l'exercice		10 175 948	9 413 834
(Gain)/Perte sur dispositions		(1 363)	(1 363)
Produits sur dispositions		21 500	21 500
Réduction de valeurs		1 500 278	1 500 278
Intérêts capitalisables		(33 962)	(33 962)
Total des variations dues aux immobilisations		(3 732 604)	(3 732 604)
Variations dues aux stocks de fournitures et aux frais payés d'avance			
Acquisition de stocks de fournitures	(15 637 453)		(15 637 453)
Acquisition de frais payés d'avance	(3 469 973)		(3 469 973)
Utilisation de stocks de fournitures	15 260 279		15 260 279
Utilisation de frais payés d'avance	3 459 322		3 459 322
Total des variations dues aux stocks de fournitures et aux frais payés d'avance	(387 825)		(387 825)
Autres variations des surplus (déficits) cumulés	(2 235 835)	2 235 835	----
Augmentation (diminution) des actifs financiers nets (dette nette) (19 203 030)		(1 472 824)	(1 496 769)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	(11 701 106)	(146 518 183)	(158 219 289)
			(155 249 696)

OPÉRATIONS ENTRE APPARENTÉS

Fondation de l'Hôpital Pierre-Boucher

L'établissement détient un intérêt économique dans la Fondation Hôpital Pierre-Boucher puisque la Fondation organise des levées de fonds exclusivement au profit du Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher. L'établissement a comptabilisé 3 059 702 \$ de revenus de dons en argent de la Fondation au cours de l'exercice.

La Fondation Hôpital Pierre-Boucher assure l'exploitation du parc de stationnement depuis le 16 décembre 2001.

En vertu de la convention d'exploitation, la Fondation a versé à l'Hôpital Pierre-Boucher des sommes de 542 890 \$ à titre de redevances et de 227 647 \$ à titre d'honoraires de service.

La Fondation n'a pas été consolidée dans les états financiers de l'établissement. La Fondation est constituée en vertu de la Partie III de la Loi sur les compagnies du Québec.

Autres fondations

L'établissement a comptabilisé pour un montant de 29 856 \$ de revenus de dons provenant de la Fondation des centres d'hébergement du Vieux-Longueuil, de 421 \$ de revenus de dons de la Fondation Foyer Lajemmerais ainsi qu'un montant de 5 408 \$ de revenus de dons de la Fondation Jeanne-Crevier.

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

des administrateurs et du directeur général

Adopté par le conseil d'administration le 10 mai 2005

Résolution : CA05-57

TABLE DES MATIÈRES

Préambule

Objectif général et champ d'application

Définitions

Devoirs et obligations de l'administrateur

L'administrateur, après la fin de son mandat

Mécanismes d'application du code

Engagements

Annexe i : déclaration des intérêts du directeur général

Annexe ii : déclaration des intérêts d'un administrateur autre que le directeur général

Annexe iii : affirmation d'office et de discrétion de l'administrateur

Annexe iv : affirmation d'office et de discrétion du responsable de l'application du code d'éthique et de déontologie

PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public présente des caractéristiques et obéit à des impératifs qui la distinguent de l'administration privée. Un tel contrat social impose un lien de confiance particulier entre l'établissement et les citoyens.

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

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

administrateurs de cet établissement adhèrent.

Selon les dispositions prévues à l'article 3.0.4 de la Loi modifiant la Loi sur le ministère du Conseil exécutif et d'autres dispositions législatives concernant l'éthique et la déontologie « Les membres du conseil d'administration de tout établissement public doivent établir un code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable. »

OBJECTIF GÉNÉRAL ET CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent Code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, ni d'établir une liste exhaustive des normes de comportement attendues de l'administrateur. Il cherche plutôt à réunir les obligations et devoirs généraux de l'administrateur.
2. Tout administrateur de l'établissement est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la loi 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.

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

Notamment, il :

- Traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
- Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- Traite des devoirs et obligations des administrateurs;
- Prévoit des mécanismes d'application du code.

DÉFINITIONS

3. Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :
- a) « **administrateur** » désigne un membre du conseil d'administration de l'établissement, qu'il soit élu ou nommé;
- b) « **conflit d'intérêts** » désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute 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;
- c) « **entreprise** » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de tout 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;
- d) « **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.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR

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

À cette fin, l'administrateur :

4. Est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
5. S'assure de la pertinence, de la qualité et de l'efficacité des services dispensés.
6. S'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.
7. S'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

AGIT AVEC SOIN, PRUDENCE, DILIGENCE ET COMPÉTENCE

À cette fin, l'administrateur :

Disponibilité et participation active

8. Se rend disponible pour remplir ces fonctions et prend un part active aux décisions du conseil d'administration.

Soins et compétence

9. S'assure de bien connaître et suivre l'évolution de l'établissement; il se renseigne avant de décider et, au besoin, évite de prendre des décisions prématurées.

Neutralité

10. Se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. 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.

Discrétion

11. Fait généralement preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard d'informations confidentielles dont la communication ou l'utilisation pourraient 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.
12. Garde confidentiels les faits ou renseignements dont il prend connaissance et qui exigent, suivant la loi ou la décision du conseil d'administration, le respect de la confidentialité.

Relations publiques

13. Respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibés par la loi.
14. S'efforce, dans les meilleurs délais,

de toujours donner 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 service approprié de l'établissement.

15. Adopte une attitude de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.

AGIT AVEC HONNÉTÉTÉ ET LOYAUTÉ

À cette fin, l'administrateur :

16. Agit de bonne foi au mieux des intérêts de l'établissement et de la population desservie.
17. 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 camoufflage de ses erreurs ou la tromperie de la population.

Biens de l'établissement

18. Utilise les biens, les ressources ou les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens.

Avantages ou bénéfices indus

19. Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le

compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.

20. Ne peut accepter ni solliciter aucun avantage, 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 compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.
21. Ne reçoit aucun traitement ou autres avantages pécuniaires à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement.

Transparence

22. Révèle tout renseignement ou fait aux autres membres du conseil d'administration lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait pourrait avoir un impact significatif sur la décision à prendre.

Interventions abusives

23. S'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve du directeur général ou d'un cadre supérieur.
24. S'abstient de manœuvrer pour favoriser des amis ou des proches.
25. S'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme à but lucratif et l'établissement.

Conflits de devoirs ou d'intérêts

26. Évite les conflits de devoirs ou d'intérêts.
L'administrateur autre que le directeur général et les conflits d'intérêts

27. L'administrateur, sous peine de déchéance de sa charge, dénonce par écrit son intérêt au conseil lorsqu'il a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'un des établissements qu'il administre.

De plus, cet administrateur s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt 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. (LRQ, chapitre V-1.1)

Le directeur général et les conflits d'intérêts

28. Ne peut, comme directeur général et sous peine de déchéance de sa charge, 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.
29. Doit, comme directeur général, dans les soixante(60) jours de l'anniversaire de 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. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante (60) jours de l'acquisition de tels intérêts par le directeur

général et, à chaque année, dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination.

30. Doit, comme directeur général, dans les trente (30) jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le directeur général a des intérêts pécuniaires.

L'exclusivité de fonction du directeur général

31. Doit, comme directeur général, sous peine de déchéance de sa charge ou de suspension sans traitement et sous réserve des exceptions prévues à la loi, s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de sa fonction. Cependant, lorsqu'il occupe un autre emploi, charge ou fonction, il doit produire, dans les soixante (60) jours suivant sa désignation à cette fin et, à chaque année dans les soixante (60) jours de l'anniversaire de sa nomination, une déclaration écrite mentionnant l'existence de ce fait.
32. Doit s'interdire, comme directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, d'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.

L'ADMINISTRATEUR, APRÈS LA FIN DE SON MANDAT

Agit avec prudence, discrétion, honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

33. Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
34. Évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom

personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'établissement pour lequel il a agi est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

35. S'abstient dans les six (6) mois suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, de solliciter un emploi auprès de

l'établissement.

36. Ne fait pas usage, en tout temps, de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenu dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur.
37. Évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et toutes les personnes qui y oeuvrent.

MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

Le conseil d'administration, après avoir adopté le Code d'éthique et de déontologie, forme un comité composé de 3 personnes pour s'assurer de son application et de son suivi. Le mandat de ce comité est :

INTRODUCTION D'UNE DEMANDE D'EXAMEN

1. Toute allégation d'inconduite ou de manquement à la loi ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise au responsable du Comité d'éthique et de déontologie ou, s'il s'agit de ce dernier, à tout autre membre du comité. La personne à qui cette allégation est transmise en saisit le comité qui doit alors se réunir, au plus tard dans les trente (30) jours suivants.

Le comité peut également examiner, à sa propre initiative, toute situation de comportement irrégulier d'un administrateur.

EXAMEN SOMMAIRE

2. Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article qui précède, le responsable du comité peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du comité, lors de la première réunion qui suit. Le comité

peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

TENUE DE L'ENQUÊTE

3. Le comité décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

INFORMATION DE L'ADMINISTRATEUR CONCERNÉ

4. Au moment qu'il juge opportun, le comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées de la loi ou du Code. À sa demande à l'intérieur d'un délai raisonnable, l'administrateur a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

TRANSMISSION DU RAPPORT AU CONSEIL

5. Lorsque le comité en vient à la

conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent Code ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il transmet au conseil d'administration un rapport contenant un sommaire de l'enquête et une recommandation de sanction. Ce rapport est confidentiel.

DÉCISION

6. Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut participer aux délibérations ou à la décision, mais il peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise.

SANCTIONS

7. Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension ou le recours à la déchéance de charge. L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

ENGAGEMENTS

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

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

De plus, tout responsable de l'application du Code doit produire, dans les soixante

(60) jours de son entrée en fonction, l'engagement contenu à l'Annexe IV du présent Code.

ANNEXE I

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS du directeur général

Je, _____, directeur général du CSSS Pierre-Boucher, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est partie à un contrat de services professionnels avec un autre établissement régi par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises ainsi que les établissements concernés

2. Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est susceptible de conclure un contrat avec un autre établissement régi par la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées

3. J'agis à titre d'administrateur d'une autre personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but non lucratif ou non.

Nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés

4. J'occupe un autre emploi auprès d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non. (identifiés ci-après)

Emploi

Employeur

En foi de quoi, j'ai signé à _____, le _____.

Signature du directeur général

ANNEXE II

DÉCLARATION DES INTÉRÊTS d'un administrateur autre que le directeur général

Je, _____, administrateur du CSSS Pierre-Boucher, déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans une personne morale, une société ou une entreprise qui est partie à un contrat avec le CSSS Pierre-Boucher ou qui est susceptible de le devenir.

Nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées

2. J'agis à titre d'administrateur d'une autre personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but non lucratif ou non et qui est en partie à un contrat avec le CSSS Pierre-Boucher ou qui est susceptible de le devenir.

Nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés

3. J'occupe l'(les) emploi(s) suivant(s) chez l'(les) employeur(s) identifié(s) ci-après.

Emploi

Employeur

En foi de quoi, j'ai signé à _____, le _____.

Signature de l'administrateur

ANNEXE III

CSSS PIERRE-BOUCHER

AFFIRMATION D'OFFICE ET DE DISCRÉTION DE L'ADMINISTRATEUR

Je, soussigné(e), _____, membre du conseil d'administration du CSSS Pierre-Boucher, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie applicable aux administrateurs, adopté par le conseil d'administration, le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié(e) par chacune de ses dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le CSSS Pierre-Boucher.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement de remplir fidèlement, impartialement, honnêtement et en toute indépendance, au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.

De plus, j'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli ou accomplirai dans l'exercice de mes fonctions, autre que le remboursement de mes dépenses alloué conformément à la Loi et que je ne révélerai et ne laisserai connaître, sans y être dûment autorisé(e), aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

Signé à _____, le _____

Signature de l'administrateur

ANNEXE IV

CSSS PIERRE-BOUCHER

AFFIRMATION D'OFFICE ET DE DISCRÉTION DU RESPONSABLE DE L'APPLICATION DU CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

Je, soussigné(e), _____, responsable de l'application du Code d'éthique et de déontologie, déclare avoir pris connaissance du Code applicable aux administrateurs, adopté par le conseil d'administration, le _____, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié(e) par chacune de ses dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le CSSS Pierre-Boucher.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement de remplir fidèlement, impartialement, honnêtement et en toute indépendance, au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.

De plus, j'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli ou accomplirai dans l'exercice de mes fonctions, autre que le remboursement de mes dépenses alloué conformément à la Loi et que je ne révélerai et ne laisserai connaître, sans y être dûment autorisé(e), aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

Signé à _____, le _____

Signature du responsable de l'application du Code d'éthique et de déontologie

LISTE DES INSTALLATIONS DU CSSS PIERRE-BOUCHER

» HÔPITAL

Hôpital Pierre-Boucher
1333, boulevard Jacques-Cartier Est
Longueuil (Québec) J4M 2A5
Tél. : 450 468-8111

» CLSC

CLSC des Seigneuries de Boucherville
160, boulevard De Montarville
Boucherville (Québec) J4B 6S2
Tél. : 450 655-3630

CLSC des Seigneuries de Contrecoeur
4700, route Marie-Victorin
Contrecoeur (Québec) J0L 1C0
Tél. : 450 468-8413

CLSC des Seigneuries de Saint-Amable
539, rue Principale
Saint-Amable (Québec) J0L 1N0
Tél. : 450 468-5250

CLSC des Seigneuries de Sainte-Julie
461, boulevard Saint-Joseph,
bureau 112
Sainte-Julie (Québec) J3E 1W8
Tél. : 450 468-3670

CLSC des Seigneuries de Varennes
2220, boulevard René-Gaultier
Varennes (Québec) J3X 1E3
Tél. : 450 677-2917

CLSC des Seigneuries de Verchères
90, montée Calixa-Lavallée
Verchères (Québec) J0L 2R0
Tél. : 450 448-3700

CLSC de Longueuil-Ouest
201, boulevard Curé-Poirier Ouest
Longueuil (Québec) J4J 2G4
Tél. : 450 651-9830

CLSC Simone-Monet-Chartrand
1303, boulevard Jacques-Cartier Est
Longueuil (Québec) J4M 2Y8
Tél. : 450 463-2850

» CENTRE ADMINISTRATIF

1333, boulevard Jacques-Cartier Est, Longueuil (Québec) J4M 2A5
Téléphone : 450 468-8111

» ÉDIFICE DU TREMBLAY

1215, chemin du Tremblay, Longueuil (Québec) J4N 1R4

- Direction des ressources humaines et du développement organisationnel, bureau 220, Tél. : 450 468-8109
- Direction des ressources financières, bureau 320, Tél. : 450 468-8111
- Direction des services techniques, bureau 310, Tél. : 450 468-8111

» L'ACCÈS :

centre d'intervention de crise

Ligne d'intervention téléphonique
24 heures : 450 679-8689

» CENTRES D'HÉBERGEMENT

Centre d'hébergement De Contrecoeur
4700, route Marie-Victorin
Contrecoeur (Québec) J0L 1C0
Tél. : 450 468-8410
Télééc. : 450 468-8411

Centre d'hébergement De Lajemmerais
60, rue D'Youville
Varennes (Québec) J3X 1R1
Tél. : 450 463-2995
Télééc. : 450 468-8329

Centre d'hébergement de Mgr-Coderre
2761, rue Beauvais
Longueuil (Québec) J4M 2A4
Tél. : 450 448-3111
Télééc. : 450 448-4322

Centre d'hébergement du Chevalier-De Lévis
40, rue Lévis
Longueuil (Québec) J4H 1S5
Tél. : 450 670-5110
Télééc. : 450 670-7292

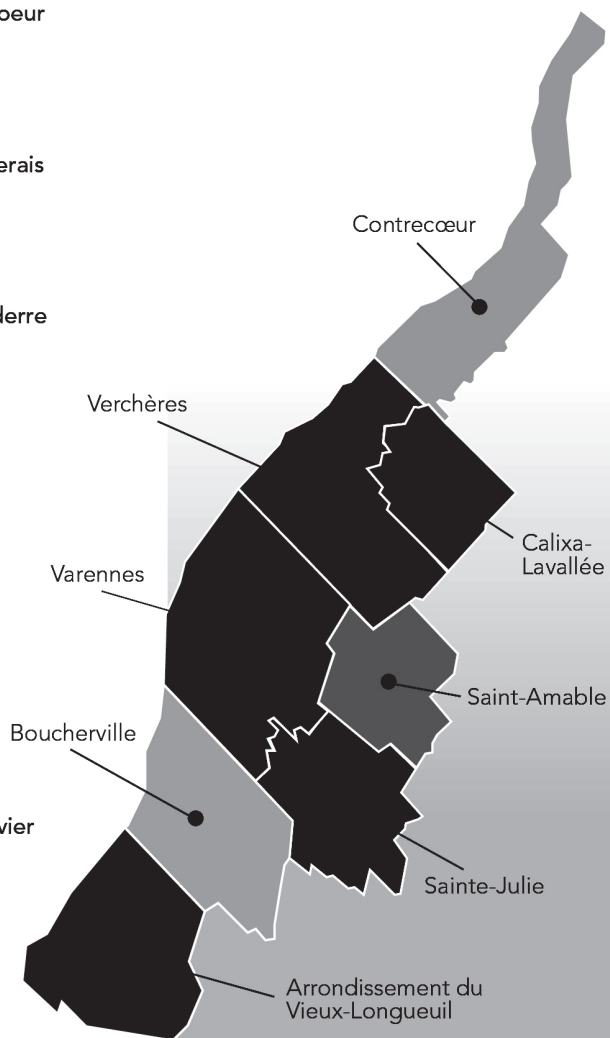
Centre d'hébergement du Manoir-Trinité
1275, boulevard Jacques-Cartier Est
Longueuil (Québec) J4M 2Y8
Tél. : 450 674-4948
Télééc. : 450 674-8571

Centre d'hébergement Jeanne-Crevier
151, rue De Muy
Boucherville (Québec) J4B 4W7
Tél. : 450 641-0590
Télééc. : 450 641-3082

Centre d'hébergement René-Lévesque
1901, rue Claude
Longueuil (Québec) J4G 1Y5
Tél. : 450 651-2210
Télééc. : 450 670-7731

Centre de santé et de services sociaux
Pierre-Boucher

CRÉER DES LIENS POUR LA VIE



Population / par territoire de CLSC

CLSC des Seigneuries	111 900
CLSC de Longueuil-Ouest et CLSC Simone-Monet-Chartrand	134 567
Total	246 467

ISQ - DSP Montérégie 2008

SOINS

PRÉVOYANCE

SANTÉ

