

Centre de santé et de services sociaux  
de La Matapédia



*Démarche  
d'agrément*

*Positionnement  
stratégique  
2010-2015*



*Vaccination contre la  
grippe A H1N1*



*Construction d'une  
chaufferie à la  
biomasse forestière*



*Réorganisation du  
travail à la RMAO*



*Inauguration du  
Pavillon  
Dr Louis E. Blouin*

**RAPPORT  
ANNUEL  
DE GESTION  
2009-2010**

*Pour vous et avec vous*



---

Adopté par le conseil d'administration  
du Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia  
le 22 juin 2010

## **TABLE DES MATIÈRES**

<b>1.</b>	<b>Message du directeur général et du président du conseil d'administration .....</b>	<b>07</b>
<b>2.</b>	<b>Déclaration de fiabilité.....</b>	<b>10</b>
<b>3.</b>	<b>Portrait territorial, populationnel et socio-sanitaire</b>	
3.1	<i>Territoire desservi et caractéristiques de la population .....</i>	<i>12</i>
3.2	<i>Portrait socio-sanitaire de la population matapédienne</i>	
3.2.1	<i>État de santé de la population.....</i>	<i>13</i>
3.2.2	<i>Déterminants de la santé.....</i>	<i>14</i>
3.2.3	<i>Données sur la périnatalité, l'allaitement et la jeunesse .....</i>	<i>16</i>
3.2.4	<i>Problèmes de santé et maladies chroniques.....</i>	<i>17</i>
3.2.5	<i>Santé mentale et santé physique.....</i>	<i>18</i>
3.2.6	<i>Personnes âgées .....</i>	<i>19</i>
<b>4.</b>	<b>Portrait de l'organisation</b>	
4.1	<i>Description des missions et des installations.....</i>	<i>22</i>
4.2	<i>Cadre de référence organisationnel .....</i>	<i>24</i>
4.3	<i>Structure de l'organisation .....</i>	<i>26</i>
4.4	<i>Composition de l'équipe de direction .....</i>	<i>27</i>
4.5	<i>Portrait des ressources humaines .....</i>	<i>28</i>
4.6	<i>Équipe de bénévoles .....</i>	<i>29</i>
<b>5.</b>	<b>Activités de l'établissement</b>	
5.1	<i>Principales modifications apportées durant l'exercice .....</i>	<i>31</i>
5.2	<i>Enjeux organisationnels et vision du futur.....</i>	<i>33</i>
5.3	<i>Perspectives organisationnelles 2010-2011.....</i>	<i>34</i>
5.4	<i>Bilan annuel des faits saillants.....</i>	<i>35</i>
5.4.1	<i>Direction générale adjointe .....</i>	<i>35</i>
5.4.2	<i>Responsable de la qualité des services, de la gestion des risques et des communications .....</i>	<i>36</i>
5.4.3	<i>Direction des soins infirmiers .....</i>	<i>37</i>
5.4.4	<i>Direction des ressources humaines .....</i>	<i>38</i>
5.4.5	<i>Direction des services professionnels et hospitaliers .....</i>	<i>40</i>
5.4.5.1	<i>Chef des services diagnostiques et de réadaptation.....</i>	<i>40</i>

**5. Activités de l'établissement (suite)**

5.4.6	<i>Direction des services à la clientèle</i> .....	45
5.4.6.1	<i>Services administratifs et d'accueil</i> .....	47
5.4.6.2	<i>Services famille-jeunesse-enfance et santé mentale</i> .....	47
5.4.6.3	<i>Services Urgence, Soins intensifs, Soins ambulatoires, Services de santé courants et Salle d'opération</i> .....	48
5.4.6.4	<i>Services de Médecine de jour et d'hospitalisation</i> .....	48
5.4.6.5	<i>Services de soins de longue durée</i> .....	50
5.4.6.6	<i>Services de soutien à domicile</i> .....	50
5.5	<i>Bilan du suivi de l'entente de gestion</i> .....	52
5.6	<i>Suivis apportés à l'agrément du laboratoire</i>	
5.7	<i>Sécurité des soins et services</i>	
5.7.1	<i>Gestion des risques : actions pour la promotion de la déclaration des incidents/accidents</i> .....	65
5.7.2	<i>Application des mesures de contrôle et d'isolement : principaux constats tirés de l'évaluation annuelle</i> .....	65
5.8	<i>Traitement des plaintes et promotion des droits : accès de la population au rapport annuel sur la procédure d'examen des plaintes</i> .....	66

**6. Conseils et comités créés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux**

6.1	<i>Conseil d'administration</i>	
6.1.1	<i>Liste des membres</i> .....	68
6.2	<i>CECII</i>	
6.2.1	<i>Liste des membres</i> .....	69
6.2.2	<i>Faits saillants issus du rapport annuel</i> .....	69
6.3	<i>CMDP</i>	
6.3.1	<i>Liste des membres</i> .....	70
6.3.2	<i>Faits saillants issus du rapport annuel du CMDP</i> .....	73
6.3.2.1	<i>Comité exécutif du CMDP</i> .....	73
6.3.2.2	<i>Comité d'examen des titres</i> .....	75
6.3.2.3	<i>Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique</i> .....	75
6.3.2.4	<i>Comité de pharmacologie</i> .....	75
6.3.2.5	<i>Comité d'évaluation multidisciplinaire de traumatologie</i> .....	76
6.3.2.6	<i>Département de médecine générale</i> .....	76
6.3.2.7	<i>Département de chirurgie et d'anesthésie</i> .....	78
6.3.2.8	<i>Service d'obstétrique</i> .....	78
6.3.2.9	<i>Assemblée générale</i> .....	79
6.3.2.10	<i>Les activités d'enseignement</i> .....	80
6.4	<i>Conseil multidisciplinaire</i>	
6.4.1	<i>Liste des membres</i> .....	82
6.4.2	<i>Faits saillants issus du rapport annuel</i> .....	82

## 6. Conseils et comités créés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (suite)

6.5	<i>Comité de vigilance et de la qualité</i>	
6.5.1	<i>Liste des membres</i> .....	84
6.5.2	<i>Suites apportées aux recommandations du commissaire local</i> .....	84
6.5.3	<i>Nombre de dossiers traités par catégorie</i> .....	91
6.5.4	<i>Faits saillants issus du rapport de gestion des plaintes en 2009-2010</i> .....	91
6.6	<i>Comité des usagers et comité des résidents</i>	
6.6.1	<i>Liste des membres</i> .....	93
6.6.2	<i>Faits saillants du rapport annuel</i> .....	93
6.6.3	<i>Suites apportées par le conseil d'administration</i> .....	95
6.7	<i>Comité de gestion des risques</i>	
6.7.1	<i>Liste des membres</i> .....	96
6.7.2	<i>Principaux risques d'incidents/accidents</i> .....	96
6.7.3	<i>Principales activités du comité gestion des risques en 2009-2010</i> .....	98
6.7.4	<i>Types d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance systématique</i> .....	98

## 7. États financiers et analyse des résultats des opérations

7.1	<i>États des résultats du fonds d'exploitation</i> .....	101
7.2	<i>Bilan du fonds d'exploitation</i> .....	106
7.3	<i>Variation des revenus reportés</i> .....	107
7.4	<i>Résultats et soldes des fonds</i> .....	108

## Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Centre de santé et de services sociaux  
de La Matapédia



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

Monsieur Claude Lévesque  
Président directeur général  
Agence de la santé et des services sociaux  
288, rue Pierre-Saindon, 1<sup>er</sup> étage  
Rimouski (Québec) G5L 9A8

Monsieur le Ministre,  
Monsieur le président directeur général,

Il nous fait plaisir de vous transmettre le rapport annuel du CSSS de La Matapédia pour l'exercice terminé le 31 mars 2010, conformément à l'article 278 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Vous constaterez, à la lumière des informations présentées, que le CSSS de La Matapédia a mis les efforts et les mécanismes de gouvernance nécessaires afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des services offerts à la population de notre territoire.

L'exercice financier 2009-2010 aura été marqué, entre autres, par la réalisation d'un processus majeur de consultation interne et externe relatif au positionnement stratégique 2010-2015 du CSSS de La Matapédia. Les résultats de cette consultation confirment l'adhésion des divers partenaires à faire de notre organisation un chef de file en matière de santé et de services sociaux, au service de la population de la Matapédia. L'exercice 2009-2010 aura été marqué également par un important exercice de vaccination massive contre la grippe A H1N1 mobilisant une grande partie de nos ressources humaines à la réussite d'un tel déploiement. De plus, une grande partie de notre énergie organisationnelle a été mise au profit de la planification des travaux de l'agrément dont la visite est prévue en septembre 2010.

D'autre part, plusieurs projets d'importance ont connu leur conclusion en 2009-2010. Pensons principalement à l'important projet de réorganisation du travail en milieu institutionnel, à la réalisation des travaux de rénovation fonctionnelle du premier étage de l'Hôpital d'Amqui, à la réalisation d'un projet novateur de chauffage à la biomasse forestière, à la signature d'ententes de service avec nos partenaires régionaux et à l'augmentation de notre visibilité organisationnelle auprès de notre population et de nos partenaires locaux, sans oublier les travaux soutenus visant à contrer la négligence chez les jeunes enfants de notre territoire.

De plus, considérant le niveau de précarité de notre main d'œuvre clinique, des efforts importants ont été réalisés afin de mettre en place des mesures structurantes visant à réduire les irritants découlant d'une utilisation excessive du temps supplémentaire obligatoire pour combler nos besoins de main d'œuvre. Nous avons également mis beaucoup d'efforts à planifier adéquatement la relève de notre main d'œuvre afin d'assurer la présence de gens qualifiés et prêts à assurer la continuité.

Tel que mentionné précédemment, nous avons mis l'emphase, en 2009-2010, sur le développement d'une véritable culture de sécurité de soins et services offerts à notre population. Des actions concrètes ont été mises en place afin de conscientiser, d'informer et d'améliorer notre performance à cet égard.

Les résultats observés en 2009-2010 démontrent une amélioration significative en matière d'accessibilité de services. Les cibles de résultats découlant de l'entente de gestion convenue avec l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas St-Laurent ont été majoritairement atteintes selon les indicateurs retenus.

Grâce aux efforts collectifs soutenus et à une saine gestion des fonds publics mis à notre disposition, nous avons terminé l'exercice financier avec un léger surplus.

Nous devons, dans les prochaines années, améliorer nettement nos stratégies de recrutement et de rétention de main d'œuvre à défaut de quoi, notre pérennité organisationnelle n'est pas assurée. C'est dans cette perspective, qu'en 2009-2010, nous avons convenu avec nos partenaires intersectoriels d'une entente permettant la formation accélérée des infirmiers et infirmières ayant déjà préalablement une formation d'infirmiers auxiliaires.

Enfin, fort de l'appui inconditionnel du personnel, des médecins et des administrateurs oeuvrant au CSSS de La Matapédia, notre organisation est de plus en plus présente dans la communauté et contribue significativement à améliorer l'état de santé et le mieux être de la communauté.

Au cours de la prochaine année, nos travaux porteront principalement sur :

- l'élaboration du plan d'action quinquennal 2010-2015;
- l'amélioration de l'accessibilité, de la qualité et de la sécurité des services offerts;
- le réseautage intra et extra MRC;
- les efforts de recrutement;
- l'amélioration du climat de travail;
- l'efficacité globale;
- l'obtention de l'agrément

En terminant, nous voudrions remercier tous les intervenants impliqués dans notre organisation qui jour après jour s'investissent énergiquement afin d'offrir des services sécuritaires et de grande qualité à notre population.

Nous vous souhaitons, Monsieur le Ministre, M. le Président-directeur général, une agréable lecture du rapport annuel de gestion 2009-2010 du CSSS de La Matapédia et vous prions d'accepter l'expression de nos sentiments les plus distingués.

*Original signé par*

---

Roger Blanchette  
Président du conseil d'administration

*Original signé par*

---

Alain Paquet  
Directeur général

Centre de santé et de services sociaux  
de La Matapédia



**DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS  
LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION  
ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS**

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

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2009-2010 du CSSS de La Matapédia :

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

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

---

Alain Paquet  
Directeur général

PORTRAIT TERRITORIAL,  
POPULATIONNEL  
ET  
SOCIO-SANITAIRE

### 3. PORTRAIT TERRITORIAL, POPULATIONNEL ET SOCIO-SANITAIRE

#### 3.1 Territoire desservi et caractéristiques de la population

Le CSSS de La Matapédia dessert toutes les clientèles qui requièrent des services de santé ou des services sociaux en provenance des dix-huit (18) municipalités qui forment le territoire de la MRC de La Matapédia. Ce territoire couvre une superficie totale de 5 375,03 km<sup>2</sup> et la densité d'occupation est de 3,6 habitants par kilomètre carré.

Les données provenant de *l'Institut de la statistique du Québec* indiquent pour l'année 2010 un nombre total de la population matapédienne évalué à 18 867 personnes.

Voici la répartition du nombre de personnes par groupe d'âge :

Population					
Groupe d'âge	MRC Matapédia (nombre)	MRC Matapédia (%)	Bas-St-Laurent (nombre)	Bas-St-Laurent (%)	Province Québec (%)
0- 9 ans	1 810	9,6 %	18 350	9,1 %	10,3 %
10-19 ans	2 173	11,5 %	21 537	10,7 %	11,7 %
20-64 ans	11 432	60,6 %	123 584	61,4 %	62,5 %
65-74 ans	1 791	9,5 %	20 145	10,0 %	8,4 %
75-84 ans	1 174	6,2 %	12 418	6,2 %	5,2 %
85 ans et plus	487	2,6 %	5 242	2,6 %	1,9 %
	18 867	100 %	201 276	100 %	100 %

D'ouest en est, les municipalités desservies par le CSSS de La Matapédia s'étendent de St-Cléophas à Routhierville. Pour ce qui est de l'axe nord-sud, les municipalités couvertes par le CSSS s'échelonnent de St-Vianney jusqu'à Lac-Humqui.

La ville d'Amqui compte plus de 6 500 habitants. Les municipalités de Causapscal et de Sayabec affichent respectivement une population de près de 2,400 et de près de 1,950 personnes, alors que trois autres municipalités, Lac-au-Saumon, St-Léon-le-Grand et Val Brillant, comprennent entre 1,000 et 1,500 habitants. Ces villes et villages s'intègrent harmonieusement au paysage rural et verdoyant qui caractérise la Vallée de la Matapédia, auxquels se greffent douze (12) petites municipalités de moins de 500 habitants, distancées d'environ dix kilomètres les unes des autres.

### 3.2 Portait socio-sanitaire de la population matapédienne

#### 3.2.1 État de santé de la population

L'état de santé de la population matapédienne est décrit dans le tableau qui suit selon certaines caractéristiques :

État de santé de la population					
État de santé	MRC Matapédia	MRC Matapédia (%)	Bas-St-Laurent	Bas-St-Laurent (%)	Province Québec (%)
Espérance de vie à la naissance (ans) 2004-2006 <sup>1</sup>	79,3	-	80,2	-	80,4
Auto-évaluation de sa santé : très bonne ou excellent <sup>2</sup>	-	54,7 %	-	55,3 %	59,4 %
Personnes ayant une incapacité (tous âges) <sup>3</sup>	2 375	12,3 %	22 060	11,4 %	11,1 %
Personnes souffrant d'obésité (IMC >= 30,0, 18 ans et plus) <sup>2</sup>	2 423	15,6 %	22 028	13,4 %	14,4 %
Limitation des activités quotidiennes causées par un état ou problème de santé de longue durée (6 mois et plus) <sup>2</sup>	3 370	20,1 %	37 880	21,7 %	20,7 %
Blessés graves (nécessitant une hospitalisation) suite à un accident de la route (taux annuel sur 10 000 habitants) <sup>4</sup>	5	2,7	84	4,2	3,0
Enfants de 5 ans à risque élevé de développer la carie dentaire en dentition primaire/enfants dépistés <sup>5</sup>	44	24,9 %	319	18,3 %	21,5 %
Enfants de 5 ans ayant expérimenté la carie dentaire en dentition primaire/enfants dépistés <sup>5</sup>	66	37,3 %	419	24,1 %	-
Consultation d'un dentiste/orthodontiste (12 ans et +, 12 derniers mois) <sup>2</sup>	-	41,0 %	-	48,1 %	57,6 %

*Se référer à la page 20 en ce qui concerne les notes indiquées*

### 3.2.2 Déterminants de la santé

Les déterminants de l'état de santé pour la population matapédienne se présentent comme suit :

<b>Déterminants de l'état de santé</b>					
État de santé	MRC Matapédia	MRC Matapédia (%)	Bas-St-Laurent	Bas-St-Laurent (%)	Province Québec (%)
<b>Indicateurs socioéconomiques</b>					
Taux d'emploi (15 ans et plus) <sup>6</sup>	7 150	45,4 %	89 485	53,8 %	60,4 %
Niveau de scolarité – plus haut certificat, diplôme ou grade (25 à 64 ans) <sup>6</sup>					
• Aucun certificat, diplôme ou grade	2 805	26,7 %	24 410	21,9 %	17,1 %
• Diplôme d'études secondaires	2 160	20,6 %	22 165	19,9 %	21,1 %
• Certificat ou diplôme d'apprenti ou d'une école de métiers	2 825	26,9 %	25 665	23,0 %	18,1 %
• Certificat ou diplôme d'un collège ou d'un cégep	1 535	14,6 %	19 815	17,8 %	17,5 %
• Certificat, diplôme ou grade universitaire	1 170	11,1 %	19 465	17,5 %	26,2 %
Familles vivant sous le seuil du faible revenu (2006) <sup>7</sup>	590	9,9 %	4 180	7,3 %	9,3 %
Répartition de la source de revenus des familles (%) <sup>6</sup>					
• Revenu d'emploi	-	67,1 %	-	70,5 %	75,5 %
• Transferts gouvernementaux	-	24,0 %	-	18,2 %	12,5 %
• Autres	-	8,9 %	-	11,3 %	11,9 %
Revenu moyen des ménages en 2005 <sup>6</sup>	42 647 \$	-	-	48 503 \$	58 954 \$
Familles monoparentales (avec enfants de moins de 18 ans) <sup>6</sup>	445	20,3 %	4 435	20,2 %	23,7 %
Ménages composés d'une seule personne <sup>6</sup>	2 290	28,7 %	25 985	30,3 %	30,7 %
Enfants de 0-17 ans issus de familles bénéficiant de l'aide du dernier recours <sup>8</sup>	257	7,4 %	1 834	5,3 %	-
Indice synthétique de fécondité <sup>9</sup>	1,61	-	1,53	-	1,57

<b>Déterminants de l'état de santé (suite)</b>					
État de santé	MRC Matapédia	MRC Matapédia (%)	Bas-St- Laurent	Bas-St- Laurent (%)	Province Québec (%)
Habitudes de vie et comportements					
Excès de poids (IMC = 25,0 à 29,9, 18 ans et plus) <sup>2</sup>	5 389	34,7 %	55 727	33,9 %	32,8 %
Fumeurs réguliers et occasionnels <sup>2</sup>	3 510	20,9 %	38 620	22,1 %	24,4 %
Pris 5 consommations d'alcool ou plus au cours de la même occasion, 12 fois ou plus, pendant l'année ayant précédé l'enquête (buveurs réguliers et occasionnels) <sup>2</sup>	2 699	21,0 %	26 728	19,0 %	20,5 %

### 3.2.3 Données sur la périnatalité, l'allaitement et la jeunesse

Les données sur la périnatalité, l'allaitement et la jeunesse pour la population matapédienne se présentent comme suit :

<b>Données sur la périnatalité, l'allaitement et la jeunesse</b>					
Données	MRC Matapédia	MRC Matapédia (%)	Bas-St-Laurent	Bas-St-Laurent (%)	Province Québec (%)
<b>Périnatalité <sup>9</sup></b>					
Naissance de faible poids (< 2500 g)	7	3,9 %	87	4,6 %	-
Naissance prématurées (< 37 semaines)	13	7,2 %	129	6,8 %	-
Mère – âgée de moins de 20 ans	4	2,2 %	43	2,3 %	-
Mère – âgée de 20 ans et plus et avant moins de 11 ans de scolarité	32	17,7 %	206	10,8 %	-
Mère – moins de 11 ans de scolarité	35	19,3	236	12,4 %	-
Mère – 11 ans et plus de scolarité	141	77,9 %	1 644	86,6 %	-
Mère – scolarité inconnue	5	2,8 %	19	1,0 %	-
<b>Allaitement <sup>9</sup></b>					
Allaitement lors du séjour au service de maternité	150	82,9 %	1 582	83,3 %	-
Allaitement à la sortie du service de maternité	131	72,4 %	1 391	73,2 %	-
<b>Jeunesse</b>					
Taux de diplomation au secondaire chez les moins de 20 ans (réseau public Commission scolaire des Monts et Marées) <sup>20</sup>	-	68,8 %	-	74,0 %	68,4 %
Masculin	-	60,1 %	-	65,2 %	61,2 %
Féminin	-	78,5 %	-	83,1 %	76,0 %
<b>Protection de la jeunesse <sup>10</sup></b>					
Signalement reçus / Total jeunes 0-17 ans	250	7,2 %	2 124	6,1 %	4,6 %
Signalement retenus / Total signalements reçus	137	54,8 %	1 019	48,0 %	43,1 %
Évaluation réalisées par problématique :	112	-	835	-	10 060
Négligence et mauvais traitement	68	60,7 %	445	53,3 %	64,8 %
Troubles de comportement	11	9,8 %	149	17,8 %	17,9 %
Abus sexuel	16	14,3 %	104	12,5 %	4,0 %
Abus physique	17	15,2 %	129	15,4 %	12,2 %
Abandon	0	0,0 %	8	1,0 %	1,0 %
Jeunes suivis à l'application des mesures/total jeunes 0-17 ans	95	2,7 %	612	1,8 %	2,0 %
Jeunes ayant fait l'objet d'une intervention LSPJA/total jeunes 12-17 ans	46	3,5 %	385	3,0 %	1,4 %

### 3.2.4 Données sur les problèmes de santé et les maladies chroniques

Les données sur les problèmes de santé et les maladies chroniques pour la population matapédienne se présentent comme suit :

<b>Données sur les problèmes de santé et maladies chroniques</b>					
Données	MRC Matapédia	MRC Matapédia (%)	Bas-St- Laurent	Bas-St- Laurent (%)	Province Québec (%)
Nouveaux cas de cancer (taux annuel moyen sur 100 000 hab.) <sup>11</sup>					
Indice du cancer du sein (moyenne de 2003 à 2005)	14	146,2	174	170,5	134,3
Indice du cancer du poumon (moyenne de 2003 à 2005)	29	145,6	219	108,3	87,1
Indice du cancer de la prostate (moyenne de 2003 à 2005)	8	81,0	115	114,7	109,1
Indice du cancer colorectal (moyenne de 2003 à 2005)	17	84,7	162	80,4	66,9
Maladies chroniques <sup>2</sup>					
Prévalence des allergies autres qu'alimentaires	3 310	19,7	39 790	22,8	24,7
Prévalence des maux de dos	2 650	15,8	33 040	18,9	16,4
Prévalence de l'hypertension	3 060	18,3	32 810	18,8	15,1
Prévalence de l'arthrite/rhumatisme	2 450	14,6	28 020	16,1	14,1
Prévalence des migraines	1 520	9,1	17 590	10,1	9,8
Prévalence de l'asthme	1 390	8,0	14 940	8,6	8,6
Prévalence des maladies cardiaques	1 120	*6,7	11 880	6,8	5,1
Prévalence du diabète (20 ans ou plus) <sup>12</sup>	1 079	6,1	11 200	5,9	7,1
Prévalence de l'emphysème, bronchite chronique et BPCO	780	*4,7	6 010	3,5	3,3

\* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence

### 3.2.5 Santé mentale et santé physique

Les données relatives à la santé mentale et à la santé physique se présentent comme suit :

<b>Données sur la santé mentale et la santé physique</b>					
Données	MRC Matapédia	MRC Matapédia (%)	Bas-St-Laurent	Bas-St-Laurent (%)	Province Québec (%)
<b>Santé mentale</b>					
Personnes affichant une probabilité élevée de détresse psychologique <sup>2</sup>	400	*2,6	7 300	4,5	5,6
Personnes satisfaites ou très satisfaites de leur vie en général <sup>2</sup>	-	94,9	-	94,4	92,9
Taux ajusté d'hospitalisation c.d. : troubles mentaux (sur 100 000 hab.) <sup>13</sup>	-	696,0	-	679,2	556,2
Durée moyenne de séjour – troubles mentaux (jrs) <sup>13</sup>	10,1	-	15,4	-	25,2
Taux ajusté d'hospitalisation c.d. : suicide (sur 100 000 hab.) <sup>13</sup>	-	67,0	-	52,8	36,5
Durée moyenne de séjour – suicide (jrs) <sup>13</sup>	2,2	-	6,4	-	9,4
Taux ajusté moyen de mortalité par suicide – pop. totale (taux sur 100 000 hab.) <sup>1</sup>	-	*26,2	-	21,3	15,8
<b>Santé physique</b>					
Visites à l'urgence (nombre et rapport sur population totale) <sup>14</sup>	20 656	1,1	173 682	0,9	-
Taux ajusté d'hospitalisation de courte durée, toutes causes <sup>13</sup>	-	12,4	-	10,3	9,6
Durée moyenne de séjour de courte durée, toutes causes <sup>13</sup>	6,2	-	7,9	-	8,6
Taux d'occupation des lits (excluant gériatrie et psychiatrie) <sup>15</sup>	-	67,8	-	79,8	-
Personnes en attente d'hébergement en CHSLD (au 31/03/09) <sup>16</sup>	0	-	40	-	-
Personnes en attente d'hébergement en RI (au 31/03/09) <sup>16</sup>	1	-	41	-	-
Personnes en attente d'hébergement en RTF (au 31/03/09) <sup>16</sup>	0	-	0	-	-

\* Coefficient de variation supérieur à 16,5 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence

### 3.2.6 Personnes âgées

Les données relatives aux personnes âgées dans la MRC de La Matapédia se présentent comme suit :

<b>Données sur les personnes âgées</b>					
Données	MRC Matapédia	MRC Matapédia (%)	Bas-St-Laurent	Bas-St-Laurent (%)	Province Québec (%)
<b>Personnes de 65 ans et plus</b>					
Personnes recevant le supplément de revenu garanti (paiements actifs) <sup>17</sup>	2 368	68,6	22 017	58,2	45,6
Personnes vaccinées contre le pneumocoque <sup>18</sup>	118	-	1 540	-	-
Personnes ayant bénéficié du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD) <sup>19</sup>	459	14,4	3 762	10,9	-
Personnes vivant en ménages privés <sup>3</sup>	2 810	86,2	28 860	84,5	90,5
<b>Personnes de 75 ans et plus</b>					
Taux d'hospitalisation toutes causes de courte durée <sup>13</sup>	-	43,2	-	35,2	31,0
Durée moyenne de séjour de courte durée, toutes causes <sup>13</sup>	9,4	-	12,9	-	14,8
Personnes ayant bénéficié du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD) <sup>19</sup>	315	19,6	2 627	15,4	-
Personnes vivant en ménages privés <sup>3</sup>	1 255	76,5	12 315	73,3	82,8
<b>Mortalité prématurée chez les moins de 75 ans <sup>1</sup></b>					
Tumeurs (moyenne pour 2004 à 2006)	30	44,1	296	45,7	44,0
Appareil circulatoire (moyenne pour 2004-2006)	14	20,6	127	19,6	20,4
Traumatismes non intentionnels (moyenne pour 2004-2006)	7	10,3	43	6,6	5,7
Appareil respiratoire (moyenne pour 2004-2006)	3	4,4	38	5,9	5,6
Maladies du système nerveux (moyenne pour 2004-2006)	2	2,9	21	3,2	3,4
Maladies de l'appareil digestif (moyenne pour 2004-2006)	2	2,9	20	3,1	3,6
Autres causes de décès (moyenne pour 2004-2006)	10	14,7	103	15,9	17,2
Nombre total annuel moyen de décès (2004-2006)	68	100,0	648	100,0	100,0

- <sup>1</sup> MSSS, Fichier des décès, 2004-2006
- <sup>2</sup> Statistique Canada, Enquête de santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2005 (population de 12 ans et plus, sauf avis contraire)
- <sup>3</sup> Statistique Canada, Recensement de 2001
- <sup>4</sup> Société de l'assurance automobile du Québec, Dossier statistique Bilan 2008, Accidents, parc automobile et permis de conduire, juin 2009
- <sup>5</sup> Plan d'action en santé dentaire publique du Bas-St-Laurent, 2007-2008
- <sup>6</sup> Statistique Canada, Recensement de 2006
- <sup>7</sup> Institut de la statistique du Québec
- <sup>8</sup> Ministère de l'emploi et de la solidarité sociale, situation au 22 août 2008
- <sup>9</sup> MSSS, Fichier des naissances 2004-2006
- <sup>10</sup> Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent, Rapport annuel de gestion 2008-2009 et Les centres jeunesse du Québec, bilan des directeurs de la protection de la jeunesse, année 2008-2009
- <sup>11</sup> MSSS, Fichier des tumeurs, 2003 à 2005
- <sup>12</sup> Institut national de santé publique du Québec, données 2006-2007, 2009
- <sup>13</sup> MSSS, Fichier Med-Echo, 2007-2008
- <sup>14</sup> Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent
- <sup>15</sup> Rapport statistique AS-478, 2008-2009
- <sup>16</sup> Système "Informatisation des mécanismes d'admission pour fins de gestion" (IMAGES), en date du 31 mars 2009
- <sup>17</sup> Service Canada, Données de la sécurité de la vieillesse pour 2008, 2009
- <sup>18</sup> Fichier de vaccination contre le pneumocoque VAXIN, 2007-2008
- <sup>19</sup> Régie de l'assurance maladie du Québec, Statistiques par région, Profil de la clientèle, en date du 30 avril 2007
- <sup>20</sup> Ministère de l'éducation, du Loisir et du Sport, Résultats aux épreuves uniques de juin 2008 et diplomation 2007-2008, 2009

PORTRAIT  
DE  
L'ORGANISATION

## 4. PORTRAIT DE L'ORGANISATION

### 4.1 Description des missions et des installations

Le CSSS de La Matapédia regroupe les missions CLSC, CHSLD et CHSGS. Voici une brève description de ces trois missions légales, ainsi que des installations où s'actualisent ces missions.

#### ➤ **Une mission de première ligne**

Par le biais des services offerts en CLSC, le CSSS offre en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion.

En exploitant un CLSC, le CSSS s'assure que les personnes qui requièrent de tels services, pour elles-mêmes ou pour leurs familles, soient rejointes, que leurs besoins soient évalués, que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou dans leur milieu de vie, à l'école, au travail, ou à domicile ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

Le CSSS de La Matapédia offre ses services de première ligne sur tout le territoire de La Matapédia où se déploient trois points de service, à Amqui, Causapscal et Sayabec, ainsi qu'un point de chute à St-Moïse.

#### ➤ **Une mission d'hébergement et de soins de longue durée**

En dispensant des services d'hébergement et de soins de longue durée à la Résidence Marie-Anne Ouellet (RMAO) de Lac au Saumon, le CSSS de La Matapédia s'acquitte de cette mission légale en offrant de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance, ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.

La RMAO comprend 96 places, majoritairement vouées à l'hébergement permanent. Des lits sont également réservés pour l'hébergement de transition, l'hébergement temporaire et des soins de fin de vie. Des places en développement sont prévues en réadaptation fonctionnelle et intensive au cours de la prochaine année.

Par ailleurs, Le CSSS de La Matapédia compte sur son territoire quatre (4) ressources intermédiaires qui totalisent cinquante-six (56) places, toutes vouées à l'hébergement de personnes âgées.

➤ **Une mission de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés**

Le CSSS de La Matapédia remplit cette mission qui lui est dévolue en dispensant des services hospitaliers à l'Hôpital d'Amqui. On y compte 49 lits au permis, dont 40 lits dressés de courte durée et répartis de la façon suivante :

Médecine	22 lits
Chirurgie	3 lits
Obstétrique	3 lits
Gériatrie active	7 lits
Pédiatrie	1 lit
Soins palliatifs	1 lit
Soins intensifs	3 lits

L'Hôpital d'Amqui offre des services diagnostiques, des soins médicaux généraux et spécialisés aux personnes qui requièrent de tels services ou de tels soins, s'assure que les besoins de ces personnes sont évalués et que les services requis, y compris les soins infirmiers et les services psychosociaux spécialisés, préventifs ou de réadaptation, leur soient offerts à l'intérieur de ses installations ou, si nécessaire, s'assure qu'elles soient dirigées le plus tôt possible vers les centres, les organismes ou les personnes les plus aptes à leur venir en aide.

## 4.2 Cadre de référence organisationnel

Pour favoriser l'intégration de ses missions, le CSSS de la Matapédia s'est doté d'un cadre de référence organisationnel qui définit entre autres la philosophie de gestion de l'organisation. Celle-ci est centrée sur l'importance d'offrir un service de qualité et sécuritaire à la clientèle en fonction de ses besoins, des ressources disponibles et des meilleures pratiques cliniques où l'ensemble des intervenants oeuvrent solidairement dans un environnement sain et stimulant. Chacun est entièrement responsable et imputable. Dans notre organisation, l'innovation et la créativité sont encouragées et se veulent un levier au développement des compétences distinctives organisationnelles.

Cette philosophie de gestion va de pair avec la définition des valeurs dominantes du CSSS de La Matapédia, telles qu'énoncées dans le code d'éthique de l'organisation qui a été adopté en mars 2009 par le conseil d'administration. Ces valeurs sont :

### **LE RESPECT**

Nous définissons cette valeur comme un ensemble d'attitudes qui traduisent une volonté réelle de respecter les choix de vie et les valeurs d'une personne et de l'accompagner dans son expérience unique. Le respect se manifeste par l'acceptation de la personne dans sa globalité, c'est-à-dire en tenant compte de son environnement familial et social. Notre adhésion à la valeur fondamentale qu'est le respect va de pair avec une profonde conviction selon laquelle la personne est libre de ses choix et reste le premier maître d'œuvre de son existence.

### **LA COMPÉTENCE**

L'intervenant fait preuve de compétence quand il comprend parfaitement le rôle qu'il doit jouer à l'intérieur de l'établissement et qu'il perçoit clairement les limites associées à ce rôle, de même que les règles qui régissent son champ d'intervention. Une conduite basée sur la compétence signifie que l'on se comporte avec professionnalisme en tout temps et en tout lieu.

L'intervenant compétent agit pour le bénéfice de la clientèle en cherchant à actualiser ses connaissances professionnelles et en visant l'excellence dans les actions et les gestes qu'il pose. Se percevant comme un maillon important de la chaîne de services offerts aux usagers et aux résidents, l'intervenant travaille avec compétence tout en reconnaissant la contribution des autres à cette chaîne de services.

### **LA QUALITÉ**

Faire la bonne intervention au bon moment, pour la bonne personne et par la bonne personne, telle est notre définition d'un service de qualité. Selon cette conception, l'utilisateur ou le résident est partie prenante des soins, des traitements et des services qu'il reçoit. Son implication est

essentielle à la prestation d'un service de qualité. C'est pourquoi nous considérons que la responsabilisation et la collaboration des usagers et des résidents sont des valeurs complémentaires à la qualité.

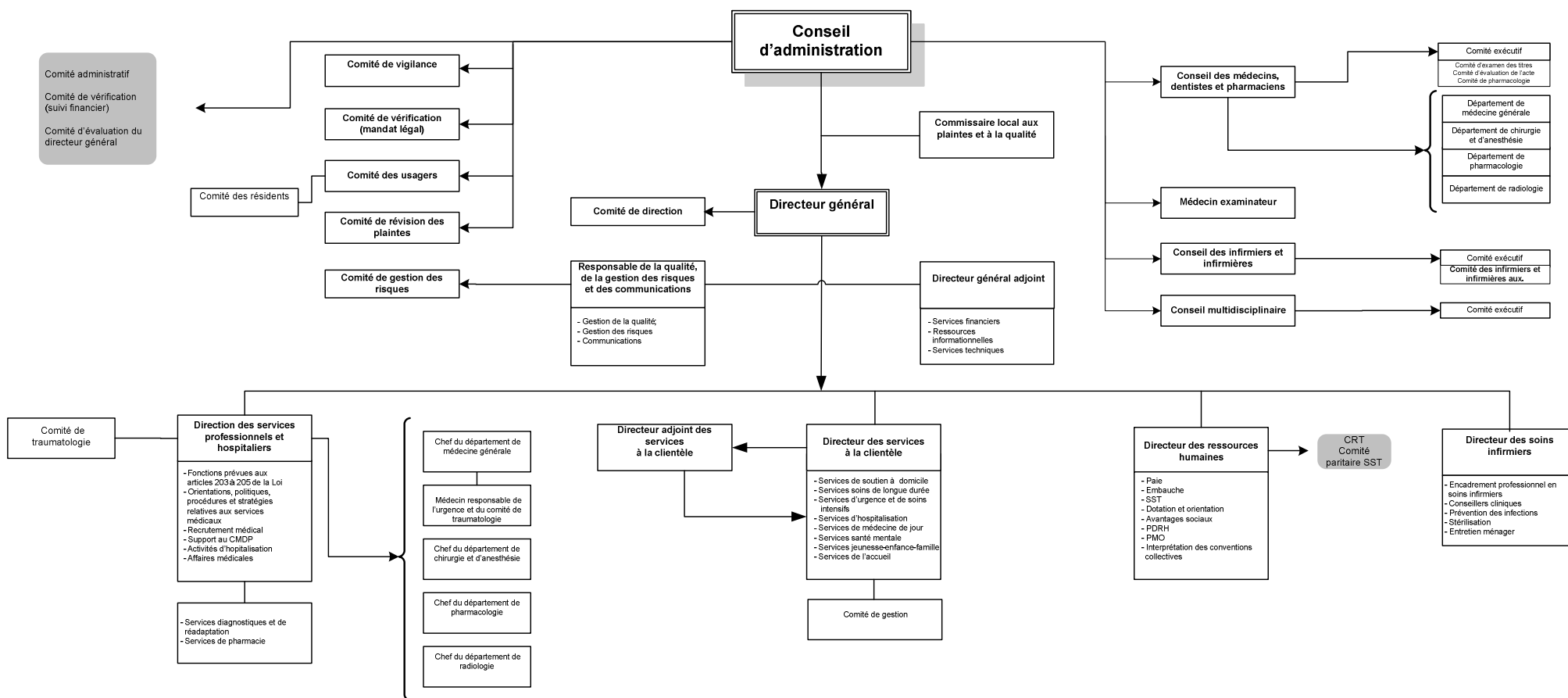
### **L'ENTRAIDE**

Le partenariat avec la communauté se situe au cœur de notre pratique. Dans une volonté commune d'échanger des savoirs et des expertises au bénéfice de la population matapédienne, les intervenants des milieux institutionnels et communautaires interagissent pour promouvoir l'implication active de la population, le bénévolat et le soutien aux organismes d'entraide.

Les principes organisationnels en lien avec notre philosophie de gestion et nos valeurs sont les suivants :

- Une approche globale préventive et communautaire à la base de toutes nos interventions :
  - identifier les besoins de la personne;
  - évaluer son potentiel à assumer ses responsabilités;
  - l'amener à trouver des solutions à son problème;
  - l'aider à identifier les personnes significatives de son milieu;
  - rendre le service requis par son état;
  - l'orienter et l'accompagner vers les bonnes ressources;
- Une accessibilité aux soins et services de proximité, des plus légers aux plus lourds, répondant aux besoins, offerts par la bonne personne, au bon moment, au meilleur endroit et au moindre coût, de grande qualité, le tout en fonction de la masse critique et des ressources disponibles;
- Un engagement à la collaboration intersectorielle et une fluidité dans les soins et services offerts :
  - un continuum de soins et services concertés et réseautés intra et hors MRC;
- Une gestion participative, décentralisée, responsable et imputable :
  - des décisions prises le plus près possible de la personne en besoin d'aide;
- Une approche par programme comme moyen de mettre en place un réseau intégré de soins et de services :
  - une gestion par programme via une organisation structurée selon les types de clientèle plutôt que sur des fonctions de production et une coordination, une intégration et une gestion des services en fonction des besoins de la clientèle;
- Une coresponsabilité clinique et administrative en regard de la responsabilité populationnelle;
- Une préoccupation constante de l'importance du capital humain de notre organisation :
  - maintenir une cohérence entre le discours et l'action;
  - assurer le développement adéquat des compétences de notre personnel;
  - assurer la relève qualifiée de notre main d'œuvre;
  - tendre vers le concept *employeur de choix*.

### 4.3 Structure de l'organisation au 31 mars 2010



## 4.4 Composition de l'équipe de direction

Au 31 mars 2010, la composition de l'équipe de direction était la suivante :

<b>Direction générale</b>	
Morin, Nicole	Directrice générale adjointe (en prêt de service au CSSS de Matane)
Paquet, Alain	Directeur général
<b>Cadres supérieurs</b>	
De Champlain, Mélie	Directrice des services à la clientèle par intérim
Jean, Dre Claire	Directrice des services professionnels
Leclerc, Annie	Directrice des ressources humaines
Lévesque, Bertin	Directeur des soins infirmiers
Simard, Michel	Directeur adjoint des services à la clientèle
<b>Cadres intermédiaires</b>	
Beaudoin, Gino	Chef des Services jeunes-enfants-familles et Santé mentale
Bélanger, Réjean	Chef des Services de soutien à domicile
Bérubé, Paule	Chef des Services diagnostiques et de réadaptation
Caron, Marie-Ève	Chef des services d'hospitalisation et de médecine de jour
D'Anjou, Pierre	Chef des Services financiers et des ressources informationnelles (Intérim à la direction des ressources financières, matérielles et informationnelles)
Desmarais, Jeannine	Responsable de la qualité des services, de la gestion des risques et des communications
Fournier, Denis	Chef des Services techniques
Lagacé, Michèle	Chef des d'urgence et de soins intensifs et de la salle d'opération
Lavoie, Normand	Chef des Services de soins de longue durée
Fournier, Luc	Chef des Services administratifs et d'accueil

## 4.5 Portrait des ressources humaines

En date du 31 mars 2010, notre plan d'effectifs était réparti comme suit :

<b>Personnel cadre</b>	
2009-2010	16
2008-2009	16
<b>Personnel régulier</b>	
2009-2010	204
2008-2009	195
<b>Personnel non-détenteur de poste</b>	
2009-2010	32
2008-2009	16
<b>Personnel à temps partiel</b>	
2009-2010	192
2008-2009	203

## 4.6 Équipe de bénévoles

Le CSSS de La Matapédia est fier de compter sur une équipe de bénévoles dévoués, essentiellement assignés à l'accompagnement des personnes âgées.

Les bénévoles du CSSS sont répartis comme suit dans trois principaux secteurs :

Secteur d'intervention	Nombre de bénévoles
Service externe de gériatrie ambulatoire (SEGA)	14
Soins de longue durée	13
Pastorale (hôpital et RMAO)	26

ACTIVITÉS  
DE  
L'ÉTABLISSEMENT

## 5. ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

### 5.1 Principales modifications apportées durant l'exercice

Au cours de l'exercice 2009-2010, certains éléments nouveaux retiennent particulièrement notre attention. Voici donc les faits saillants de notre année 2009-2010 :

- L'importante démarche de consultation du positionnement stratégique du CSSS de La Matapédia pour les années 2010-2015;
- La campagne de vaccination massive contre la grippe A H1N1;
- Les travaux préparatifs à la visite de l'Agrément sous l'approche Q-Mentum qui aura lieu en septembre 2010;
- La fin des travaux de rénovation fonctionnelle et technique du premier étage à l'Hôpital d'Amqui et inauguration officielle des lieux sous la désignation de Pavillon Dr Louis C. Blouin;
- La mise à niveau des projets cliniques personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV) et santé mentale, et élaboration des plans d'action s'y rapportant;
- Atteinte de l'équilibre budgétaire pour une quatrième année consécutive;
- Confirmation de la relocalisation du point de service du CLSC de Sayabec dans un édifice plus adapté et moderne;
- Amélioration de l'accessibilité aux services offerts à notre population particulièrement dans le secteur de l'oncologie;
- Réalisation des travaux préparatoires permettant une reconnaissance de l'équipe locale en oncologie en matière de qualité et de sécurité des services offerts;
- Poursuite d'importants travaux de réorganisation du travail à la Résidence-Marie-Anne Ouellet ayant comme toile de fond, l'amélioration de la qualité des services, l'utilisation optimale des compétences cliniques du personnel, l'amélioration de l'efficacité globale et la mise en place d'une véritable culture de milieu de vie;
- Rapprochement avec nos partenaires de la communauté en réalisant un important projet de chauffage à la biomasse forestière à l'Hôpital d'Amqui ; cette réalisation aura permis de reconnaître le leadership de notre CSSS tout en étant contributif au développement économique de notre région ; plusieurs prix ont été décernés à notre établissement à cet égard en raison de son caractère novateur ;

- Réalisation de plusieurs ententes de service permettant d'augmenter la continuité des services offerts à notre population, pensons notamment à l'entente de services en radiologie convenue avec le CSSS de Rimouski-Neigette, et celle convenue avec l'organisme communautaire Écllosion de Causapscal;
- Poursuite des travaux et actions permettant à notre CSSS de développer une véritable culture de sécurité et de qualité des services;
- Réalisation d'importants travaux de collaboration avec le Centre Matapédien d'études collégiales et des partenaires intersectoriels visant le développement d'une entente permettant la formation accélérée en soins infirmiers aux infirmiers et infirmières auxiliaires de notre CSSS;
- Octroi d'une subvention de 32 000 \$ de l'organisme Opération Enfant Soleil pour l'acquisition d'une isolette de transport. Cet équipement permet d'effectuer les transferts des nourrissons prématurés en toute sécurité et dans des conditions normales. Depuis 2006, le CSSS a reçu 42 000 \$ d'Opération Enfant Soleil dont la mission est de soutenir le développement d'une pédiatrie de qualité et de contribuer à la réalisation de projets d'intervention sociale pour tous les enfants du Québec.

*La remise du prix a eu lieu le 1 mai 2009 au CSSS de Matane*



*Sur la photo : Michel Simard, directeur des services à la clientèle du CSSS de La Matapédia ; Mélanie Gagné, animatrice du téléthon ; Fernande Fortin du CSSS de Matane ; Jeannine Desmarais, responsable des communications au CSSS de La Matapédia ; Gilbert Laprise, directeur du Centre de santé et de services sociaux de Matane ; Alex Perron, animateur du téléthon.*

## 5.2 Enjeux organisationnels et vision du futur

Au cours de l'exercice financier 2009-2010, la direction du CSSS de La Matapédia a entrepris une vaste consultation à l'interne et auprès de ses partenaires sur le chantier du positionnement stratégique 2010-2015. Huit (8) enjeux prioritaires organisationnels ont été définis et soumis à la consultation et des plans d'action seront déployés pour chacun d'eux au cours de l'année 2010-2011.

Les huit (8) enjeux du positionnement stratégique de l'organisation sont les suivants :

1. Survie de notre organisation et maintien d'un panier de services adapté aux besoins évolutifs de la population;
2. L'attraction, la rétention, le développement et la contribution optimale de son capital humain;
3. L'adaptation des services de santé et des services sociaux aux besoins d'une population vieillissante et fragilisée;
4. L'action préventive sur les déterminants locaux de la santé et du bien être;
5. Renforcement et consolidation des services de première ligne dans des perspectives d'intégration et de hiérarchisation avec les services spécialisés;
6. Un délai raisonnable, à l'intérieur des normes établies, pour l'accès à des services intégrés tant au niveau local que régional;
7. La qualité, la sécurité et l'efficacité des services;
8. Une gouvernance clinico-administrative imputable et décentralisée.

Le CSSS de La Matapédia s'est doté du slogan organisationnel *Pour vous et avec vous* lequel témoigne de son engagement à devenir un chef de file en matière de santé et de services sociaux, à viser l'excellence et être tourné vers l'avenir, constamment orienté vers une organisation efficiente, apprenante, performante et efficace au service du mieux être et de l'amélioration de l'état de santé de la population matapédienne.

### **5.3 Perspectives organisationnelles 2010-2011**

Au cours de la prochaine année, nos travaux porteront principalement sur ces dossiers et des chantiers de travail qui, nous l'espérons, mobiliseront l'ensemble des intervenants vers l'atteinte des résultats anticipés :

- l'élaboration du plan d'action quinquennal 2010-2015;
- l'amélioration de l'accessibilité, de la qualité et de la sécurité des services offerts;
- le réseautage intra et extra MRC;
- les efforts de recrutement;
- l'amélioration du climat de travail;
- l'efficacité globale;
- l'obtention de l'agrément.

## 5.4 Bilan annuel des faits saillants

Au cours de l'année financière 2009-2010, l'organisation s'est démarquée par divers éléments qui sont venus bonifier l'offre de service et appuyer nos principes directeurs.

Dans le texte qui suit, chacune des directions de l'établissement énonce les faits marquants de ses services pour l'année financière.

### 5.4.1 Direction générale adjointe

- Absence de 5 mois durant l'année, consécutive à un prêt de service à la direction générale du CSSS de Matane;
- Support stratégique à la direction générale;
- Supervision des mécanismes de reddition de comptes;
- Planification triennale relative aux équipements médicaux spécialisés, au maintien des actifs de nos installations et aux rénovations fonctionnelles et techniques;
- Encadrement de la réalisation des travaux immobiliers en regard des éléments suivants :
  - chauffage à la biomasse forestière de l'installation de l'Hôpital d'Amqui;
  - fin des travaux de rénovation fonctionnelle et technique au Pavillon Louis C. Blouin;
- Support à la préparation des dossiers suivants :
  - relocalisation du point de service du CLSC de Sayabec;
  - planification des travaux de rénovation fonctionnelle et technique au rez-de-chaussée de l'Hôpital d'Amqui;
- Participation active et soutenue au comité directeur du projet de réorganisation du travail en milieu institutionnel réalisé à la Résidence Marie-Anne Ouellet;
- Supervision et encadrement réalisé afin d'atteindre l'équilibre budgétaire pour une quatrième année consécutive au CSSS de La Matapédia;
- Participation à la campagne de vaccination massive contre la grippe A (H1N1).

#### 5.4.2 Responsable de la qualité des services, de la gestion des risques et des communications

➤ Qualité des services :

- Coordination du processus d'agrément au sein de l'organisation;
- Participation aux différents comités sur la qualité des services :
  - Comité de vigilance et de la qualité
  - Comité des usagers
  - Comité des résidents de la RMAO
  - Comité d'éthique

➤ Gestion des risques :

- Réalisation des activités reliées à la gestion des risques;
- Coordination du comité de gestion des risques;
- Suivi de l'application web du système d'information sur la sécurité des soins et des services ;

➤ Communication :

- Réalisation des activités de communication à l'interne et à l'externe, y incluant la communication reliée à la campagne de vaccination massive;
- Support aux gestionnaires de l'organisation dans les activités de communication reliées à leur secteur de service;

➤ Autres activités :

- Représentation du CSSS sur le conseil d'administration de la Fondation Action-Santé;
- Participation aux travaux du comité local en sécurité civile;
- Participation aux réunions du conseil multidisciplinaire;
- Participation à titre de commissaire à la santé et aux services sociaux à la Commission d'aménagement et de développement de la MRC.

### 5.4.3 Direction des soins infirmiers

- Présentation du plan de gouvernance clinique au personnel en soins infirmiers en juin 2009, visant à revoir les pratiques de gestion et à se doter de modes de fonctionnement formels, structurés et réguliers en ce qui a trait à l'encadrement du personnel clinique;
- Formation et implantation du modèle conceptuel McGill ainsi que du *Plan thérapeutique infirmier* en juin 2009 à l'ensemble des infirmières et infirmières auxiliaires;
- Implication dans la démarche d'agrément afin d'établir un plan d'amélioration de la qualité (PAQ) dans les priorités élevées et de mettre en œuvre les pratiques organisationnelles requises dans ces domaines :
  - la prévention des infections
  - le retraitement et stérilisation des appareils médicaux réutilisables
  - la gestion des médicaments
  - les services d'obstétrique et de périnatalité
- Participation à la révision du circuit du médicament en implantant le système de distribution « unidose » à l'unité de courte durée, à l'urgence et aux soins intensifs;
- Planification et déploiement des actions requises en lien avec le volet de la santé publique dans le cadre de la campagne de vaccination massive contre la grippe A H1N1 :
  - organisation des cliniques de vaccination de masse
  - gestion des cas
  - supervision du recours à l'étiquette respiratoire en milieu hospitalier pour la clientèle
  - supervision du processus d'ajustement des masques pour les professionnels
  - participation à divers comités
- Support à la réorganisation du travail en soins de longue durée :
  - révision des rôles et responsabilités ainsi que des ratios du personnel infirmier, infirmier auxiliaire et des préposés aux bénéficiaires
  - planification du plan de formation
  - participation aux travaux du comité directeur
- Réorganisation du travail du service d'hygiène et salubrité à la Résidence Marie-Anne Ouellet :
  - révision complète des circuits de travail selon des procédures prescrites

- analyse de l'ensemble des secteurs de la RMAO concernant les zones grises et le processus d'attribution des responsabilités en hygiène et salubrité
- Implantation d'un projet d'externat en soins infirmiers et d'un projet de mentorat à l'urgence et en obstétrique;
- Supervision de l'application de la politique et de la procédure sur les mesures de prévention des infections lors des travaux de rénovation ou de construction par la conseillère clinique en prévention des infections.

#### 5.4.4 Direction des ressources humaines

- Réorganisation des structures de postes à la RMAO par l'ouverture et l'abolition des postes;
- Planification et mise en œuvre d'un programme local d'activités de reconnaissance des employés, échelonné sur deux semaines à l'automne 2009, en lien avec le programme régional de valorisation des employés du réseau de la santé et des services sociaux ; les principales activités ont été les suivantes :
  - déjeuners des employés servis par les gestionnaires
  - souper de reconnaissance des employés ayant 25 ans de service
  - exposition des oeuvres artistiques des employés, «ARTISANTÉ »
  - présentation au conseil d'administration d'une initiative novatrice au CSSS
  - participation à la conférence de presse pour le lancement de l'activité
  - placements publicitaires dans des journaux de la région et entrevues à la radio par des employés sous le thème régional « *Des gens de coeur au service de la population* »
  - inauguration de la nouvelle salle de pause « Ö Quatre Saisons », fruit du travail d'un comité dynamique
  - 5 à 7 des retraités de l'année
- Mise en oeuvre de moyens pour faciliter le recrutement du personnel :
  - participation au salon de l'emploi de l'Université Laval
  - inscription sur les sites internet de plusieurs universités
  - affichage de postes vacants dans les journaux régionaux et locaux
  - entente avec le Cégep de Matane
  - affichage mensuel dans les journaux des ordres professionnels
  - inscription sur le site du CSSS avec formulaire d'inscription sur le WEB
- Atteinte d'un ratio d'un coût d'assurance salaire inférieur à la cible visée;
- Mise en place d'un *focus group* pour le personnel infirmier et infirmier auxiliaire, afin de développer des stratégies pour contrer les difficultés de remplacement du personnel pendant la période estivale 2010;

- Création d'un poste de conseiller en ressources humaines (entrée en fonction mars 2010);
- Reprise des travaux du comité paritaire santé et sécurité au travail;
- Mise en place de rencontres hebdomadaires pour les équipes des ressources humaines et les gestionnaires, afin d'optimiser la planification des initiations, des vacances et des congés, et ce, pour la catégorie 1 (personnel infirmier et infirmier auxiliaire);
- Actualisation de la formation pour tous les employés sur l'utilisation de la feuille de temps électronique;
- Révision de l'organisation du travail afin d'offrir les services à la clientèle malgré la situation de manque d'effectifs dans plusieurs secteurs d'activités ; nous avons dû recourir au temps supplémentaire obligatoire, à la main d'œuvre des agences pour obtenir du personnel en soins infirmiers et ce, pendant une période d'un mois ; les gestionnaires de l'organisation ont dû investir plus de temps en 2009-2010 dans la gestion quotidienne des ressources humaines;
- Application de mesures ministérielles incitatives mises en place à l'été 2009 pour permettre aux salariés de recevoir des primes (quart de travail supplémentaire, deuxième fin de semaine consécutive) et ce, afin d'offrir une meilleure réponse aux besoins non comblés;
- Implication dans les travaux du comité directeur du projet de réorganisation du travail en soins de longue durée;
- Élaboration en collaboration avec plusieurs partenaires (Centre matapédien d'études collégiales, Emploi-Québec, CLE, Cégep de Rimouski, Agence de santé et des services sociaux) d'un projet de recyclage des infirmières auxiliaires pour le diplôme d'études collégiales en soins infirmiers avec des conditions particulières ; la formation devrait débiter à l'été 2010;
- Mise en œuvre du projet de mentorat et d'externat à l'été 2009;
- Représentation de la région 01 par le CSSS de la Matapédia sur la table provinciale des directeurs des ressources humaines à *l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux*;

#### 5.4.5 Direction des services professionnels et hospitaliers

- Appropriation du rôle de directrice des services professionnels;
- Mise en place de mécanismes appropriés de communication entre l'équipe médicale et la direction;
- Renforcement des liens cliniques entre la direction des services professionnels et la direction des soins infirmiers, pour une cogestion clinique plus efficace;
- Mise en place d'un plan de recrutement dans les spécialités suivantes :
  - anesthésiologie
  - médecine interne
  - radiologie
- Support aux travaux du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP);
- Participation à la Table régionale des directeurs des services professionnels.

##### 5.4.5.1 Chef des services diagnostiques et de réadaptation

###### **Ergothérapie :**

- Démarches visant la disponibilité d'un local pour effectuer des évaluations globales du développement en ergothérapie auprès des enfants;
- Élaboration d'une proposition pour réorganiser les services d'ergothérapie afin de bien desservir le Service externe de gériatrie ambulatoire;
- Démarches intensives de recrutement et recherche de diverses formes de partenariat pour combler les postes vacants à partir de janvier 2010;
- Support à l'application des mesures de dé-contention par le retrait des bed-helper installés sur les lits d'hôpitaux;
- Participation au comité aviseur relié à la politique de prévention des chutes en élaboration au CSSS de la Matapédia sous la gouverne de la direction des services à la clientèle;
- Définition de critères de priorisation de desserte dans le cadre d'un plan de contingence où 50% de nos effectifs sont absents.

**Physiothérapie et réadaptation physique :**

- Démarches actives afin de recruter un physiothérapeute pour combler le poste temps complet permanent affiché depuis plusieurs mois;
- Coordination du déménagement du service dans les nouveaux locaux et gestion de la logistique;
- Accueil et encadrement d'une stagiaire en physiothérapie en clinique externe dans le but de favoriser le recrutement d'une ressource permanente et accueil d'une stagiaire en technique de réadaptation physique;
- Participation au comité de coordination sur la réorganisation du travail à la RMAO; support apporté dans l'actualisation de l'approche Milieu de vie, particulièrement en lien avec les responsabilités attribuées à la thérapeute en réadaptation physique;
- Dépôt au comité de direction en juin 2009 d'une proposition de réorganisation de services afin de desservir le Service externe de gériatrie ambulatoire et l'Unité de courte durée gériatrique;
- Poursuite des travaux d'analyse de l'offre de services en vue de répondre aux besoins des clients dans le cadre des différents programmes : Courte durée, Unité de courte durée gériatrique, Service externe de gériatrie ambulatoire, clinique externe, Soutien à domicile, Unité transitoire de réadaptation fonctionnelle.

**Inhalothérapie :**

- Démarches actives de recrutement pour combler un congé de maternité prévu dans le service en juillet 2010 et affichage d'un poste permanent de soir 7/14 en janvier 2010;
- Gestion de la couverture des gardes et recherche de personnel dans d'autres CSSS pour y collaborer;
- Planification d'un plan de relève en contexte de pandémie et acquisition de 2 respirateurs additionnels fournis par l'Agence régionale dans ce contexte de même qu'un appareil de support ventilatoire non invasif.

**Électrophysiologie :**

- Acquisition d'un nouvel appareil à électrocardiographie;
- Développement d'un partenariat avec le service de l'unité regroupée visant à assurer la réalisation des électrocardiogrammes durant les fins de semaine.

**Nutrition clinique :**

- Encadrement des activités dans le cadre du mois de la nutrition;
- Planification des services en nutrition en cas de pandémie;
- Rédaction de la politique pour une saine alimentation et présentation au comité de direction pour adoption;
- Support à la participation du service nutritionnel dans l'équipe interdisciplinaire en oncologie;
- Promotion de l'implantation du programme ALIGO dans les écoles primaires (3 écoles couvertes) et en 3<sup>e</sup> année à l'école de Val-Brillant;
- Planification d'une formation dispensée en collaboration avec l'infirmière en maladies chroniques auprès des personnes avec anomalie de la glycémie à jeun et/ou intolérance au glucose pré-diabétique;
- Soutien ponctuel à certains organismes communautaires ou institutions dont Moisson Vallée, Polyvalente Armand St-Onge, Maraîchers du Cœur, le Club de marche d'Alberville;
- Dégagement d'une ressource pour participer au comité pour le projet pilote de suivi systématique informatisé en diabète au Bas-St-Laurent.

**Imagerie médicale :**

- Réorganisation de la couverture radiologique avec le départ d'un des 2 radiologistes;
- Implication dans l'inauguration du nouveau tomodynamomètre en avril 2009;
- Gestion reliée à l'implantation du système d'archivage des images (PACS) et supervision de la logistique d'installation;
- Coordination dans la mise à niveau du logiciel Médirad, version 4.12;
- Réalisation de travaux de préparation à la visite d'Agrément Canada dont la production de procédures, de registres divers d'entretiens préventifs et de nettoyage, ainsi que la révision des procédures techniques;
- Support à la formation du personnel dans le contexte de pandémie H1N1;
- Participation à la conclusion d'une entente de service pour la lecture à distance des images radiologiques avec le CSSS de Rimouski-Neigette en l'absence du radiologiste local ;

- Participation continue au programme de dépistage du cancer du sein avec « SARA », l'unité mobile de mammographie du Bas-St-Laurent qui a rejoint 512 femmes en 2009-2010.

### **Archives :**

- Démarches actives de recrutement pour combler un poste laissé vacant en raison d'un congé de maternité;
- Coordination de la production du registre trauma pour 2009-2010 avant l'implantation des changements qui y ont été apportés au plan national pour 2010-2011 (sur le site web de la RAMQ);
- Support dans le processus de fusion des numéros de dossiers Hôpital-CLSC pour l'index usager;
- Support dans l'appariement de l'index usager avec les données de la RAMQ pour l'identification unique de l'utilisateur au niveau provincial;
- Poursuite de l'implantation de la note évolutive informatisée maintenant effectuée par tous les intervenants en CLSC;
- Poursuite de l'implantation de la gestion informatisée des rendez-vous pour les intervenants du CLSC de Sayabec et Causapsca; la majorité des rendez-vous sont maintenant donnés à partir du logiciel I-CLSC;
- Support à l'implantation de I-CLSC en Médecine de jour;
- Support dans la gestion des dossiers en lien avec le contexte de pandémie H1N1;
- Poursuite de l'implication du service des archives dans le dossier des actifs informationnels; implantation des logiciels SISOP pour la salle d'opération et de SIGESTFORM pour la clinique externe;

### **Laboratoire :**

- Réalisation des travaux de préparation à la visite d'Agrément Canada et suivis apportés aux recommandations du Bureau de normalisation du Québec;
- Travail préparatoire à l'implantation de TD Synergie en multi-sites et informatisation du secteur de microbiologie (TD Micro) dans le cadre du Dossier Santé Québec;

- Transmission de recommandations pour l'aménagement du nouveau site de prélèvements à l'hôpital et travaux en cours pour la relocalisation temporaire du service;
- Démarches complétées pour le renouvellement de l'appareil en microbiologie en raison de sa vétusté;
- Support dans l'implantation des procédures régionales en banque de sang;
- Présentation de différents scénarios pour améliorer l'accessibilité aux services de prélèvements où on dénote une augmentation de volume de l'ordre de 20% depuis 5 ans;
- Démarches actives et continues de recrutement de personnel;
- Gestion des analyses et de tous les processus en lien avec la grippe A (H1N1) (formation, envoi des spécimens, application des directives de la santé publique) ;
- Élaboration de la description de fonction de l'assistante-chef et présentation aux technologistes;
- Dégagement d'une ressource pour participer au comité de prévention des infections et au comité de traumatologie et application des recommandations;
- Démarches de validation des coûts de facturation au CSSS Rimouski-Neigette en vue de l'abolition de la facturation intrarégionale au 1<sup>er</sup> avril 2010;
- Démarches de recrutement pour un projet d'externat à l'été 2010 en vue de favoriser le recrutement de technologistes;
- Analyse de différents scénarios de la distribution des heures travaillées en lien avec le départ d'une technologue pour assurer la redistribution de ces heures et dotation des postes modifiés;
- Travaux préparatoires à l'arrivée d'un nouveau test, le BNP qui est un marqueur cardiaque relié au diagnostic des maladies coronariennes;
- Transmission à l'Agence de santé et de services sociaux des mesures d'accessibilité au centre de prélèvements;
- Support dans le processus de recertification des technologistes en regard de la réanimation cardio respiratoire;
- Support et formation aux nouveaux utilisateurs pour l'enregistrement des analyses et des clients sur Médi-Résultat;

- Coordination dans le processus de changement de tous les glucomètres, afin de les remplacer par des appareils plus performants et plus faciles d'utilisation sur les unités de soins. Une formation a été offerte aux utilisateurs.

#### 5.4.6 Direction des services à la clientèle et direction adjointe

##### **Famille, enfance et jeunesse**

- Révision en cours de l'offre de service en pré-per-post natal;
- Consolidation de l'offre de service en santé mentale :
  - consolidation du travail de l'équipe en Famille, Enfance et Jeunesse
  - évaluation de l'offre de service en santé mentale pour les adultes
  - mise à jour du projet clinique en santé mentale
  - renforcement du lien interdisciplinaire entre l'équipe médicale et les intervenants sociaux

##### **Personnes âgées**

- Initiation d'une réflexion sur la gériatrisation des services de santé physique :
  - participation à un colloque sur les unités de courte durée gériatrique
  - diffusion aux acteurs concernés d'un cadre de référence sur *l'Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier* provenant de l'institut universitaire de gériatrie de Montréal
  - support dans l'intégration des services gériatriques hospitaliers au Service externe de gériatrie ambulatoire
- Actualisation de la réorganisation du travail en soins de longue durée;
- Supervision de l'actualisation des missions spécifiques à la RMAO :
  - mise à jour du programme de soins palliatifs et du programme de l'unité transitoire de réadaptation fonctionnelle (UTRF)
- Révision de l'offre de service gériatrique :
  - révision en cours du modèle d'organisation des services selon les meilleures pratiques
  - révision et mise à jour en cours du projet clinique « personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement » pour une meilleure intégration clinique et interdisciplinaire et supporté par des données probantes

**Santé physique, maladies chroniques**

- Révision de l'organisation du travail en oncologie et en médecine de jour en fonction du déménagement dans de nouveaux locaux;
- Finalisation du programme en oncologie;
- Actualisation de l'offre de services en santé physique :
  - intégration du service de santé courant du CLSC de Sayabec au Groupe de médecine familiale de Sayabec
  - mise en place d'un nouveau fonctionnement à la clinique externe, afin d'offrir des services sur une base de 7 jours par semaine, et ce, en complément avec les soins à domicile
  - analyse du poste de l'infirmière auxiliaire en surplus de nuit
  - mise en œuvre d'actions découlant du plan de travail inhérent à l'unité regroupée

**Responsabilités spécifiques du directeur adjoint des services à la clientèle**

- Poursuite de l'entente de complémentarité des services entre le MSSS-MELS.
- Actualisation du plan d'accès en déficience intellectuelle, en déficience physique et troubles envahissants du développement;
- Coordination du plan de sécurité civile de l'établissement;
- Participation active aux activités reliées à la campagne de vaccination massive;
- Implication dans le processus d'agrément ;
- Support continu à la direction des services à la clientèle.

Les principaux faits saillants des centres d'activités de la direction des services à la clientèle sont les suivants :

**5.4.6.1 Services administratifs et d'accueil**

- Mise en place d'un nouveau système de téléphonie à la centrale de rendez-vous;
- Modification du service de secrétariat pour la physiothérapie et pour la banque d'équipements;
- Mise en place d'un nouveau poste d'accueil à la clinique externe;
- Révision du programme d'aide à domicile (PAD);

- Implication dans la campagne de vaccination massive;
- Implication dans le processus d'agrément.

#### 5.4.6.2 Services famille-jeunesse-enfance et santé mentale

- Planification et organisation de la campagne de vaccination contre la grippe A H1N1;
- Poursuite des travaux pour l'implantation du programme de prévention de la négligence;
- Poursuite des travaux de la table COSMOSS de La Matapédia;
- Participation aux travaux en cours pour l'intégration des services en pré-per-natal;
- Implication dans les travaux pour actualiser l'Initiative Amis des bébés;
- Mise sur pied du comité CSSS/CRDI afin d'améliorer la continuité des services entre les deux organisations;
- Mise en place d'un mécanisme de gestion des listes d'attente dans les services sociaux;
- Accueil et intégration de stagiaires en service social à l'automne 2009 et à l'hiver 2010;
- Implication dans le processus d'agrément.

#### 5.4.6.3 Services Urgence, Soins intensifs, Soins ambulatoires, Services de santé courants et Salle d'opération

- Réorganisation et réaménagement du service de la clinique externe;
- Réorganisation du service de santé courant et intégration avec le groupe de médecine familiale du secteur de Sayabec;
- Implication dans la campagne de vaccination massive;
- Collaboration dans l'implantation des chariots unidose;
- Implication dans le processus d'agrément ;
- Mise à jour et gestion des listes d'attente à la salle d'opération;
- Amorce d'une réorganisation majeure à la salle d'opération.

#### 5.4.6.4 Services de Médecine de jour et d'hospitalisation

- Implication dans la campagne de vaccination massive;
- Implication dans le processus d'agrément.

##### **Oncologie :**

- Coordination et support dans le développement du service d'oncologie :
  - intégration de nouveaux traitements de chimiothérapie et ce avec le support de l'équipe du CSSS Rimouski-Neigette
  - intégration de l'infirmière pivot en oncologie
  - rehaussement du nombre d'heures dédiées aux traitements
  - initiation de nouvelles ressources en partenariat avec le CSSS Rimouski-Neigette
  - préparation en vue d'une accréditation par l'équipe visiteuse du Programme québécois de lutte contre le cancer

##### **Médecine :**

- Gériatrisation du service d'hospitalisation en cours;
- Collaboration dans l'implantation d'un nouveau système de distribution de médicaments (unidose);
- Rehaussement d'heures pour le poste de préposés aux bénéficiaires les fins de semaine pour l'exécution des services en :
  - brancarderie
  - électrocardiographie
  - soins d'assistance
- Révision des tâches des préposés aux bénéficiaires à l'unité regroupée;
- Actualisation de la réorganisation du travail à l'unité regroupée;
- Élaboration et consultation des équipes sur des scénarios possibles d'aménagement physique du 2<sup>e</sup> étage;

##### **Gériatrie :**

- Rehaussement des effectifs avec ajout de :
  - 2 postes infirmières auxiliaires
  - 2 postes de PAB

- Intégration de la clientèle hospitalisée à l'Unité de courte durée gériatrique aux activités de stimulation et au maintien des capacités du Service externe de gériatrie ambulatoire;
- Élaboration du nouveau programme de l'Unité de courte durée gériatrique;

#### **Obstétrique :**

- Poursuite des travaux en lien avec l'Initiative Ami des bébés;
- Application de la politique des heures de visite en obstétrique;
- Implantation et diffusion de la politique d'allaitement;
- Élaboration d'un dossier de demande de subvention ayant conduit à l'obtention d'un octroi par Opération Enfant Soleil pour l'achat d'une isolette de transport;
- Réalisation du projet d'aménagement physique de la 2<sup>e</sup> salle d'accouchement.

#### 5.4.6.5 Services de soins de longue durée

- Actualisation du projet de réorganisation du travail à la RMAO à l'aide d'une subvention de 400 000 \$ reçue du ministère de la Santé et des Services sociaux ; le projet a été supporté par deux personnes ressources :
  - une chargée de projet à temps partiel pour assister le chef de services dans la mise en œuvre du projet;
  - une consultante experte pour supporter le projet et l'orienter vers une *approche milieu de vie*;
- Supervision du processus d'évaluation de la clientèle à la RMAO pour relocalisation par groupe spécifique;
- Supervision du déménagement de la clientèle;
- Mise en place d'un nouveau modèle d'organisation de travail;
- Collaboration à l'ouverture de postes selon les résultats du projet pilote de la RMAO;

- Développement et mise en place de nouveaux outils de travail;
- Début de la mise en place de la mission spécifique en soins de fin de vie;
- Implication dans le processus d'agrément.

#### 5.4.6.6 Services de soutien à domicile

- Application systématique de l'exigence d'un plan d'intervention dans chacun des dossiers des clients du Soutien à domicile;
- Intensification du support et du suivi des infirmières du Soutien à domicile pour la rédaction d'un plan thérapeutique infirmier pour chaque client du soutien à domicile répondant aux critères;
- Support aux ressources d'hébergement privées dans le processus de certification du ministère;
- Embauche de trois (3) techniciennes en travail social;
- Poursuite des travaux pour l'unification de l'équipe interdisciplinaire de gériatrie de l'Unité de courte durée gériatrique et du Service externe de gériatrie ambulatoire;
- Support dans l'actualisation des travaux d'aménagement physique au 1<sup>er</sup> étage de l'hôpital et coordination du projet d'intégration de la clientèle du Service externe de gériatrie ambulatoire;
- Accueil d'une étudiante française en soins infirmiers à l'été 2009 pour un stage aux soins à domicile afin d'élargir ses connaissances des soins infirmiers au Québec;
- Implication dans les activités reliées à la pandémie : préparation des listes de la clientèle vulnérable à domicile, préparation des plans d'action pour les différents scénarios;
- Supervision du déménagement du Service externe de gériatrie ambulatoire (volets maintien et restauration) au 1<sup>er</sup> étage de l'hôpital en septembre 2009;
- Formation à l'institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) sur le fonctionnement des unités de courte durée gériatrique;

- Implication dans le projet pilote visant l'intégration d'une infirmière auxiliaire au soutien à domicile;
- Intégration du modèle McGill au plan thérapeutique infirmier des infirmières du soutien à domicile;
- Accueil et intégration d'une stagiaire en technique de travail social;
- Implication dans l'utilisation de l'outil de repérage PRISMA 7 à l'urgence pour la clientèle âgée et vulnérable;
- Planification et organisation des travaux en lien avec le dossier *Réseau de services intégrés aux personnes âgées* (RSIPA), dont le support à la formation sur l'informatisation de l'outil multi-clientèle;
- Participation à la Journée d'information sur la Loi 49 qui modifiera grandement les liens du CSSS avec nos ressources intermédiaires;
- Implication dans le processus d'agrément.

## 5.5 Bilan du suivi de l'entente de gestion

### Fiches de reddition de comptes 2009-2010

Axe :		Personnel du réseau et du Ministère		
Objectifs de résultats 2005-2010		Améliorer la gestion de la présence au travail.		
Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010	
3.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	7,70 %	6,82 %	5,94 %	
<b>Commentaires</b>				
Nous avons obtenu une amélioration significative relativement à la gestion de la présence au travail. En effet, nous avons réduit notre ratio de 22, 8 %, ce qui a contribué à une diminution de 165 000 \$ des coûts d'assurance salaire. La mise en place de mesures structurantes et un suivi rigoureux de nos mécanismes de gestion de la présence au travail nous permette d'espérer l'atteinte de résultats similaires pour 2010-2011.				
Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010	
3.2 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier	4,92 %	4,92 %	6,64 % <sup>1</sup>	
3.3 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante en personnel infirmier	0,00 %	0,00 %	0,07 % <sup>1</sup>	
<b>Commentaires</b>				
Malgré une augmentation des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier, nous avons réduit le nombre d'heures supplémentaires obligatoires. Des mesures structurantes et porteuses d'espoir ont été identifiées et devraient contribuer à l'amélioration de la situation dans les années à venir. Pensons seulement, au programme de formation accéléré des infirmières auxiliaires qui deviendront des infirmières dans une période de 22 mois.				
Objectifs de résultats 2005-2010		Atteindre un niveau de 60 % des postes à temps complet régulier au 31 mars 2011		
Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010	
3.4 Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières.	29 %	35 %	40,68 %	
<b>Commentaires</b>				
Afin de contrer les impacts d'une sur utilisation des heures supplémentaires et dans le but de stabiliser le plus possible les équipes de travail cliniques, nous avons été en mesure de rehausser les postes à temps complet en soins infirmiers dans notre CSSS.				

<sup>1</sup> Résultats de la P-12

Axe :		Santé publique		
Objectifs de résultats 2005-2010		Diminuer les taux d'infections nosocomiales		
Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010	
1.1.11 Proportion d'atteinte du ratio recommandé d'infirmière (ETP) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales	107 %	100 %	119 %	
1.1.17 L'établissement de soins aigus dispose d'un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales fonctionnel	Oui	Oui	Oui	
1.1.18 L'établissement dispose d'un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	Oui	Oui	Oui	
Objectifs de résultats 2005-2010		Rejoindre 80 % des femmes visées en 2010		
Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010	
1.1.12 Proportion des femmes nouvellement inscrites aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) au cours de 2009-2010	100 %	80 %	129,41 %	
Objectifs de résultats 2005-2010		Atteindre progressivement l'ensemble des écoles par l'approche École en santé		
Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010	
1.1.13 Proportion d'écoles qui implantent l'approche École en santé	20 %	53 %	0 %	
<b>Commentaires</b>				
Les écoles de St-Léon et de Val Brillant ont implanté l'approche école en santé. Nous avons convenu avec la Commission scolaire Monts et Marées d'étendre l'approche à d'autres écoles du territoire. Toutefois, l'arrivée de la grippe A H1N1 et ses effets collatéraux ont modifiés considérablement nos plans. Nous attendons pour suivre en 2010-2011 l'approche école en santé avec nos partenaires scolaires.				
Objectifs de résultats 2005-2010		Rejoindre les enfants en dedans d'une semaine du moment prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec		
Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010	
1.1.14 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccins contre DCaT-Polio_Hib dans les délais.	81 %	75 %	76 %	
1.1.15 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccins conjuguée contre le méningocoque du sérogroupe C dans les délais.	63 %	75 %	56 %	
1.1.16 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccins conjuguée contre le pneumocoque dans les délais.	82 %	75 %	77 %	
<b>Commentaires</b>				
Concernant l'indicateur 1.1.15, le résultat de 2009-2010 a été affecté par le contexte entourant la vaccination contre la grippe A H1N1. Également, l'infirmière n'a pu vacciner qu'une fois semaine par secteur ce qui a réduit l'accessibilité. Toutefois, si nous regardons la perspective sur un période de 12 mois plus 3 semaines, nous avons un résultat de 72 %. Ce qui signifie que tous les enfants devant être vaccinés le sont à l'intérieur d'une période de 386 jours.				

<b>Axe :</b>		<b>Services infirmiers et psychosociaux généraux</b>		
Objectifs de résultats 2005-2010		Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.		
Indicateurs		Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.2.2 Nombre d'utilisateurs desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)		225	253	225
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par utilisateur réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)		4,12	4,62	4,52

<b>Axe :</b>		<b>Services dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement</b>		
Objectifs de résultats 2005-2010		Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservie dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.		
Indicateurs		Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)		709	524	751
1.3R3 Nombre d'utilisateurs pour lesquels il existe un PI ou un PSI		261	287	159
1.3.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie		25,55	24,00	23,36
1.3R1 Nombre d'utilisateurs recevant 51 interventions et plus par année en soutien à domicile		57	41	50
1.3R2 Mise en place d'au moins 1 groupe du programme PIED		Oui	Oui	Oui
<b>Commentaires</b>				
<p>Nous avons poursuivi notre intensification des services à domicile. Nous avons rejoint plus de personnes et ainsi augmenter notre volume de 5, 92 % ce qui représente bien la réalité du vieillissement de la population et de la pression sur la demande de ces services.</p> <p>Concernant le résultat attendu pour le PI ou PSI, nous reprendrons l'éducation à cet égard auprès des professionnels. De plus, un rapport impromptu sera présenté mensuellement à la conseillère clinique afin qu'elle puisse assurer la vigilance à cet égard.</p>				

Axe :	Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.		
Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,96	3,00	4,20
1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,34	0,23	0,40
1.3R4 Proportion des jours-présence en lits de courte durée de personnes en attente d'hébergement	0,00 %	0,00 %	0,00 %
1.3R5 Durée moyenne de présence en lits de courte durée de personnes en attente d'hébergement	0	0	0
Commentaires			
<p>Nous avons réalisé une importante réorganisation du travail en milieu institutionnel axée sur l'utilisation optimale des compétences cliniques. Nous observons maintenant un ratio de 38 / 62; c'est-à-dire 38 % en soins infirmiers et 62 % en soins d'assistance. Nous constatons également un alourdissement de la clientèle hébergée, ce qui explique le nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence.</p>			
<p>Notre transformation de l'offre de service aux personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement se consolide et aujourd'hui encore nous n'avons aucune personne en attente d'hébergement dans nos lits de courte durée.</p>			

Axe :	Soutien à domicile – déficience physique		
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.		
Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	241	243	240
1.4R1 Nombre d'usagers pour lesquels il existe un PI ou un PSI	84	92	83
1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	7,42	12,00	7,62

<b>Axe :</b>	<b>Soutien à domicile – déficience physique</b>		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.		
<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats 2008-2009</b>	<b>Cibles 2009-2010</b>	<b>Résultats 2009-2010</b>
1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	30	32	36

<b>Axe :</b>	<b>Soutien à domicile – déficience intellectuelle et TED</b>		
Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle ou un TED et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.		
<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats 2008-2009</b>	<b>Cibles 2009-2010</b>	<b>Résultats 2009-2010</b>
1.5.11 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	33	25	32
1.5R1 Nombre d'usagers pour lesquels il existe un PI ou un PSI	16	18	10
1.5.12 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI et TED)	3,45	12,00	3,78

<b>Axe :</b>	<b>Soutien à domicile – déficience intellectuelle et TED</b>		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.		
<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats 2008-2009</b>	<b>Cibles 2009-2010</b>	<b>Résultats 2009-2010</b>
1.5.13 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	27	32	30

<b>Axe :</b>		<b>Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté</b>		
Objectifs de résultats 2005-2010		Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usager.		
<b>Indicateurs</b>		<b>Résultats 2008-2009</b>	<b>Cibles 2009-2010</b>	<b>Résultats 2009-2010</b>
1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)		422	435	377
1.6R1 Nombre d'usagers pour lesquels il existe un PI ou un PSI		149	164	97
1.6.2 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)		8,52	8,96	8,17
<b>Commentaires</b>				
Nous avons eu des absences dans l'équipe JEF en 2009-2010. En effet, il nous a été impossible de remplacer les absences maladies et les congés de maternité. Heureusement, l'équipe est à son niveau normal depuis janvier 2010 et nous devrions atteindre nos cibles pour l'an prochain.				

<b>Axe :</b>		<b>Services de première ligne – santé mentale</b>		
Objectifs de résultats 2005-2010		Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.		
<b>Indicateurs</b>		<b>Résultats 2008-2009</b>	<b>Cibles 2009-2010</b>	<b>Résultats 2009-2010</b>
1.8.9 Nombre total de personnes rejointes		178	415	163
1.8R1 Nombre d'usagers pour lesquels il existe un PI ou un PSI		48	125	65
<b>Commentaires</b>				
Notre offre de service en santé mentale a été revue et les ressources humaines attendues sont maintenant en place, (mai 2010). Nous devrions voir d'excellents résultats en 2010-2011.				

<b>Axe :</b>		<b>Services de première ligne – santé mentale</b>		
Objectifs de résultats 2005-2010		Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves.		
<b>Indicateurs</b>		<b>Résultats 2008-2009</b>	<b>Cibles 2009-2010</b>	<b>Résultats 2009-2010</b>
1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services		5	36	4
<b>Commentaires</b>				
Idem. Indicateur précédent.				

<b>Axe :</b>		<b>Services de première ligne – santé mentale</b>		
Objectifs de résultats 2005-2010		Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins;</li> <li>- 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence</li> </ul>		
<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats 2008-2009</b>	<b>Cibles 2009-2010</b>	<b>Résultats 2009-2010</b>	
1.8.7 Problème de santé mentale.		12,0	5,4	
1.8.8 Civière à l'urgence pour un problème de santé		0 %	0 %	
<b>Commentaires</b>				
Nous avons une excellente performance à cet égard.				
1.9.1 Durée moyenne de séjour – Global		12	4,5	
1.9.2 Durée moyenne de séjour – 75 ans		12,5	5,6	
1.9.3 % de + de 48 heures – Global		2,0 %	0 %	
1.9.4 % de + de 48 heures – 75 ans et +		3,0 %	0 %	
<b>Commentaires</b>				
Excellente performance à ce niveau.				

<b>Axe :</b>		<b>Soins palliatifs</b>		
Objectifs de résultats 2005-2010		Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.		
<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats 2008-2009</b>	<b>Cibles 2009-2010</b>	<b>Résultats 2009-2010</b>	
1.9.5 Nombre de personnes desservies en soins palliatifs à domicile	65	81	54	
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	17,71	18,20	18,54	
<b>Commentaires</b>				
Nous avons rejoint un peu moins de personnes à domicile car la demande a été inférieure à celle de l'an passé. De plus, nous avons développé dans le cadre du projet de réorganisation du travail à la Résidence Marie-Anne Ouellet une unité de soins spécifiques dans laquelle, nous retrouvons 4 lits de soins d'hébergement de fin de vie qui se veulent en soi une alternative aux soins palliatifs à domicile.				

Axe :		Chirurgie		
Objectifs de résultats 2005-2010		Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.		
Indicateurs		Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)		261	302	248
1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)		190	168	230
1.9R3 Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une chirurgie d'un jour		10	0	3
1.9R4 Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une chirurgie hospitalisée		0	0	0
Commentaires				
Nous avons augmenté le nombre de chirurgies avec hospitalisation de 21 % tandis que le volume de la chirurgie d'un jour a diminué de 5,00%. Globalement, nous avons atteint nos cibles de production. Quant au nombre de patients hors délai pour l'obtention d'une chirurgie d'un jour, la non disponibilité de la clientèle en est la cause. Des ajustements seront effectués à la liste d'attente selon les paramètres de SIMASS.				

Axe :		Maladies chroniques		
Objectifs de résultats 2005-2010		Consolider le programme intégré de prévention et de contrôle des maladies chroniques.		
Indicateurs		Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
1.9R6 MCV stables – usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement		9	97	16
1.9R7 MCV instables – usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement		66	106	81
1.9R8 Diabète – usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement		270	371	252
1.9R9 Asthme – usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement		55	72	53
1.9R10 MPOC – usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement		68	108	75
Commentaires				
En 2008-2009, nous avons rencontré toute clientèle confondue <b>468 usagers</b> . En 2009-2010, nous avons rencontré <b>478 usagers</b> . Également, plusieurs usagers fréquentent directement les services du GMF et ne sont donc pas comptabilisés dans nos statistiques. En 2010-2011, nous intégrerons les fonctions d'infirmière pivot en diabète et d'infirmière en maladies chroniques directement aux activités du GMF. Cette façon de faire permettra de mieux suivre notre clientèle et d'éviter les zones de duplication dans l'offre de service. Conséquemment, le résultat des cibles 2010-2011 devraient être nettement différents.				

<b>Axe :</b>		<b>Gestion des bâtiments et des équipements</b>		
Objectifs de résultats 2005-2010		Assurer une gestion des bâtiments et des équipements visant la réduction de la consommation d'énergie.		
<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats 2008-2009</b>	<b>Cibles 2009-2010</b>	<b>Résultats 2009-2010</b>	
2.2.1 Consommation en giga joules par mètre carré	1,54	1,42	1,45	
<b>Commentaires</b>				
En contrôle dans ce secteur. Les résultats du chauffage à la biomasse forestière devraient être encore plus significatifs pour l'exercice 2010-2011.				

<b>Axe :</b>		<b>Prévention et contrôle – infections nosocomiales</b>		
Objectifs de résultats 2005-2010		Diminuer les taux d'infections nosocomiales.		
<b>Indicateurs</b>	<b>Résultats 2008-2009</b>	<b>Cibles 2009-2010</b>	<b>Résultats 2009-2010</b>	
2.2.2 L'établissement applique les lignes directrices en hygiène et salubrité	Non	Oui	Oui	

## 5.6 Suivis apportés à l'agrément du laboratoire

### Suivi du processus d'agrément du laboratoire

Suite à la visite faite au laboratoire en octobre 2008 par le Conseil québécois d'agrément, nous avons obtenu, en mars 2009, un agrément pour une durée de 3 ans. Certaines actions demandaient toutefois à être réalisées afin d'atteindre le degré de conformité aux normes s'appliquant au laboratoire biomédical, incluant les banques de sang et les services transfusionnels.

En septembre 2009, nous avons fait rapport au Conseil québécois d'agrément quant aux preuves de mise en oeuvre pour les critères à priorité élevée évalués non-conformes.

*Les voici énoncées :*

Le laboratoire applique un processus qui lui permet d'évaluer régulièrement les besoins en matière de services, ainsi que de planifier et d'organiser les services
--

En développement :

- L'élaboration d'une procédure sera effectuée en collaboration avec la responsable de la qualité des services.
- Pour atteindre l'objectif, des outils seront mis en place, tel que des formulaires sous forme de sondage, afin d'évaluer la satisfaction des clients et autres prestataires de services.
- Les informations reçues nous permettront d'améliorer ou d'effectuer des actions préventives ou correctives.

Le laboratoire dispose d'un processus pour traiter et régler les plaintes
---

Pour la gestion des non-conformités, la production des divers documents est à venir, car il est primordial de déterminer les documents de référence appropriés concernant la réception de requêtes d'analyses et de spécimens adéquats.

Le laboratoire évalue régulièrement les compétences  
de tout le personnel

- Un questionnaire dans le Service de la Banque de Sang a été élaboré afin de valider certains aspects lus dans les procédures et formulaires du Manuel de Banque de Sang.
- Une procédure PDAM-G-4 « *Programme d'orientation /formation du personnel* » est en rédaction avec les formulaires correspondants.

Le laboratoire prélève les échantillons primaires appropriés  
en vue d'effectuer les analyses requises

- Ajout de formulaire pour « Préparation aux clients »

Documents requis :

FAM-B-72 « Recherche de sang dans les selles : Informations au client »

FAM-B-69 « Diète préalable au dosage des 5-HIAA »

FAM-B-69 « Instructions pour collecte urinaire des 24 heures »

FAM-M-61 « Prélèvement nasal pour le dépistage du SARM »

FAM-M-62 « Prélèvement pour la culture virale »

FAM-M-60 « Prélèvement pour la technique d'amplification PCR »

Le laboratoire dispose d'un processus pour établir et maintenir les contrats  
avec les prestataires de services

- L'élaboration de cette procédure doit s'effectuer régionalement. Pour l'instant nous avons un contrat avec un centre.

Le laboratoire respecte les lois, les règlements, les guides d'éthique  
et les normes de pratique

- Un nouveau Code d'éthique est en application dans notre CSSS de La Matapédia.

Le laboratoire dispose de procédures opératoires normalisées pour toutes ses activités

- De nombreux documents sont en production dans les différentes disciplines du laboratoire incluant la Banque de Sang.

Exemples de documents que nous avons complétés ou produits :

- Manuel de Biochimie
- Manuel de microbiologie
- Répertoire des analyses
- Manuel de gestion de la qualité

Le système informatique du laboratoire (SIL) permet aux membres du personnel de maintenir à jour et de protéger les dossiers et l'information et d'y accéder, s'il y a lieu

- Projet régional : présentement en démarche afin d'effectuer un déploiement du système d'information du laboratoire « TDSynergie », qui nous conduira vers le dossier Santé Québec et qui permettra aux professionnels d'accéder aux résultats d'analyses de laboratoire.
- Ce processus de changement nous permettra d'élaborer des procédures adaptées afin de répondre à la norme en développant des outils pour :
  - ✓ la formation des utilisateurs
  - ✓ la vérification des compétences
  - ✓ le système de sauvegarde, etc.

Les conditions environnementales du laboratoire permettent d'assurer la sécurité et le bien-être des clients et du personnel

- Salle de prélèvement pour les clients en externe : un projet d'aménagement d'une nouvelle salle de prélèvement débutera cet automne et prévoit une livraison des locaux pour début janvier 2010.
- Une salle d'attente réservée pour les clients en externe (Accessibilité pour fauteuil roulant). Un poste d'accueil pour l'enregistrement informatique des analyses de laboratoire.
- 2 emplacements avec des chaises à prélèvement seront aménagés afin de préserver la confidentialité et la sécurité du client.
- 1 emplacement aménagé pour les enfants en bas âge.
- Un poste de travail pour rangement du matériel.

Le laboratoire prélève les échantillons primaires appropriés en vue d'effectuer les analyses requises

Le laboratoire transporte, reçoit et entrepose, en temps opportun, les échantillons qui sont emballés et clairement étiquetés

- Dans un Point de service où sont effectuées des cliniques de prélèvements, ajout d'une nouvelle centrifuge afin de procéder à la stabilisation des spécimens.
- Démarche effectuée afin d'obtenir une formation pour l'emballage et le transport.

La banque de sang entrepose, emballe et transport le sang et les produits sanguins labiles de manière à en préserver l'intégrité et l'utilisation

- Voir procédure ci-jointe PD-S-21 « Emballage et transfert inter établissements de produits sanguins avec ou sans client ».
- Formulaires complétés F-S-23 « Validation/Matériel et procédure d'emballage des culots ».

Le service transfusionnel se conforme à des procédures normalisées et éprouvées pour la transfusion de sang et de produits sanguins labiles

- Voir procédure ci-jointe PD-N-2 « Transfusion/administration de produits sanguins chez la clientèle pédiatrique  $\geq$  4 mois et l'adulte ».
- Plusieurs formulaires sont disponibles. Un exemple où l'on peut voir l'indication de matériel utilisé pour l'administration du produit F-N-29 est la « Transfusion d'un culot globulaire chez la clientèle pédiatrique  $\geq$  4 mois et l'adulte ».

## 5.7 Sécurité des soins et services

### 5.7.1 Gestion des risques : actions pour la promotion de la déclaration des incidents/accidents

Le CSSS de La Matapédia déploie en continu dans ses installations des actions de promotion de la déclaration des incidents/accidents :

- ✓ **Les chefs de service** font des rappels au personnel sur les unités de soins sur l'obligation de déclaration;
- ✓ **Des affiches de grand format intitulées « La gestion des risques, j'y vois »** sont installées en permanence dans nos installations ainsi que dans les RI du territoire;
- ✓ **Des rappels sur les notions de gestion des risques**, y incluant l'obligation de la déclaration, ont été faits dans le journal interne, sous forme de *Que sais-je*;
- ✓ **L'administration du sondage d'agrément Canada** portant la culture de sécurité des usagers a rejoint 291 membres du personnel.

### 5.7.2 Application des mesures de contrôle et d'isolement : principaux constats tirés de l'évaluation annuelle

Un tableau de bord est présenté aux séances mensuelles du conseil d'administration de l'établissement pour la mission CHSLD. Voici un tableau global pour 2009-2010 indiquant le pourcentage de résidents sous contention :

Date	28 avril	22 mai	19 juin	21 juillet	19 août	11 sept.	9 oct.
Nombre de résidents sous contention	21	18	17	19	21	22	21
Nombre de résidents	59	59	62	63	63	60	65

Date	23 nov.	11 déc.	09 jan	19 fév.	17 mars	31 mars
Nombre de résident sous contention	23	26	23	16	17	12
Nombre de résidents	65	64	66	71	68	69

En mars 2009, le personnel des soins, d'assistance, de réadaptation et d'encadrement des trois (3) missions était formé et apte à appliquer les diverses composantes du protocole visant à réduire les mesures de contentions. L'achat de nouveaux équipements en cours d'année, tels des lits électriques avec des demi-côtés ainsi que des systèmes de détection de mobilité ont contribué favorablement à la réduction des mesures de contentions.

## **5.8 Traitement des plaintes et promotion des droits : accès de la population au rapport annuel sur la procédure d'examen des plaintes**

Dans toutes les installations du CSSS de La Matapédia, des dépliants et autres documentations en matière de défense des droits et d'accessibilité au mécanisme de traitement des plaintes sont accessibles dans des présentoirs à l'intention des usagers.

De concert avec le comité des usagers et le comité des résidents de l'organisation, le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services a effectué des rencontres, avec certains groupes sociaux du milieu, qui se sont échelonnées du **15 avril au 6 mai 2009**. Ces rencontres visaient à renseigner les clientèles les plus vulnérables sur le mécanisme de traitement des plaintes et sur le code d'éthique de l'établissement et avaient pour but également la promotion des droits des usagers du réseau de la santé et des services sociaux.

CONSEILS  
/  
ET COMITÉS  
DE LA LSSSS

## 6. CONSEILS ET COMITÉS CRÉÉS EN VERTU DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

### 6.1 Conseil d'administration

#### 6.1.1 Liste des membres

Membres du conseil d'administration	
Arseneault, Pierre	Administrateur
Blanchette, Roger	Président Président du comité de révision d'examen des plaintes
Caron, Nancy	Membre du comité de vérification
Doucet, Normand	Vice-président Membre du comité administratif
Dre Gervais, Sophie	Administratrice
Dre Jean, Claire	Administratrice
Dr Laddada, Kherdine	Administrateur
Langelier, Rodrigue	Membre du comité de vérification
Leclerc, Jean-Claude	Membre du comité administratif Président du comité de vigilance
Legoupil, Patrick	Membre du comité administratif
Paquet, Alain	Membre du comité administratif Secrétaire Directeur général
Pérusse, Claude	Membre du comité de vigilance Membre du comité d'évaluation du directeur général
Thériault, Jean-Yves	Administrateur
Tremblay, Denis	Administrateur
Tremblay, Mélanie	Administratrice
Voyer, Jeanne-d'Arc	Présidente du comité de vérification

Pour l'exercice financier clos le 31 mars 2010, neuf (9) rencontres régulières ont eu lieu.

## 6.2 Comité exécutif du Conseil des infirmiers et infirmières (CECII)

### 6.2.1 Liste des membres

Membres du CECII	
Mylène Guénard	Présidente
Brigitte Deschênes	Vice-présidence
Diane Bouillon	Secrétaire
Lissia Dumont	Membre
Renée-Claude Gagné	Membre
Marie-Claude Barr	Membre
Manon Landry	Membre
Solange Lavoie	Membre
Alain Paquet	Membre d'office (directeur général)
Bertin Lévesque	Membre d'office (directeur des soins infirmiers)

### 6.2.2 Faits saillants issus du rapport annuel

Pour l'exercice financier clos le 31 mars 2010, quatre rencontres régulières ont eu lieu.

- *Sujets traités en rencontre régulière tenue le 4 juin 2009 :*
    - Élection de l'exécutif;
    - Règle de soins de pieds;
    - Règle de soins pour l'administration des PRN;
    - Retour sur le souper de la semaine de l'infirmière.
  - *Sujets traités en rencontre régulière tenue le 18 septembre 2009 :*
    - Accueil d'un nouveau membre;
    - Projet pilote de l'infirmière auxiliaire au Service de soutien à domicile;
    - Information des comités partenaires;
    - Dossier de la réorganisation en longue durée;
    - Politique et procédure de la gestion des lits en courte durée;\*
    - Politique sur les heures de visite pour les usagers admis; \*
    - Politique concernant les drogues contrôlées; \*
    - Règle de soins pour les soins de pieds; \*
    - Règle de soins pour l'administration des PRN (au besoin); \*
    - Tenue de dossiers (abréviations);\*
    - Retour sur le déroulement de l'été;
    - Représentation du Comité des infirmiers et infirmières auxiliaires (CIIA) au CECII;
    - Formation de recyclage pour les infirmières auxiliaires.
- \* Des avis ou recommandations ont été émises en regard de ces sujets.**

- *Sujets traités en rencontre régulière tenue le 8 décembre 2010 :*
  - Projet pilote de l'infirmière auxiliaire au Service de soutien à domicile;
  - Retour sur les recommandations faites à la dernière rencontre;
  - Information des comités partenaires;
  - Politiques, règlements, directives concernant les archives;
  - Réorganisation en longue durée;
  - Programme et plan d'actions de la prévention des infections;
  - Guide de rédaction, de consultation et de diffusion d'une ordonnance collective ou d'un protocole médical;
  - Protocole de détresse respiratoire;
  - Résumé sommaire du congrès de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ);
  - Comité des infirmiers et infirmières auxiliaires (CIIA);
  - Le journal Cible.
  
- *Sujets traités en rencontre régulière tenue le 9 février 2010 :*
  - Projet pilote de l'infirmière auxiliaire au SSD;
  - Politique concernant les drogues contrôlées;
  - Règle de soins pour l'administration des PRN;
  - Tenue de dossiers (abréviations);
  - CIIA;
  - Retour sur la politique de gestion des lits en courte durée;
  - Information des comités partenaires;
  - Suivi du dossier de réorganisation en Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD);
  - Visite de l'OIIQ versus les plans de travail 2009-2010 et 2010-2011;
  - Agrément;
  - Plan de travail santé et sécurité au travail (SST); \*
  - Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et services;
  - Positionnement stratégique 2010-2015 du CSSS de La Matapédia;
  - Focus-group soins infirmiers;
  - Dossier sages-femmes;
  - Guide de rédaction, de consultation et de diffusion d'une ordonnance collective ou d'un protocole médical;
  - Surplus d'infirmière auxiliaire de nuit;
  - Formation de recyclage des infirmières auxiliaires;
  - Carte d'identification du personnel.

**\* Un avis ou recommandation a été émise en regard de ce sujet.**
  
- *Activité :*

Participation au Colloque de l'OIIQ en octobre 2009.

## 6.3 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

### 6.3.1 Liste des membres

<b>CMDP</b>	
<b>Comité exécutif du CMDP</b>	
Dr Pierre Turbide	Président
Dr Patrick Charland	Vice-Président
Dr Michel Dallaire	Secrétaire
Dre Jacynthe Vallée	Membre
Dr Omar Hasan	Membre
Dre Claire Jean	Dir. des serv. professionnels et hospitaliers
M. Alain Paquet	Directeur général
<b>Comité d'examen des titres</b>	
Dre Sophie Gervais	Présidente
Dre Claire Jean	Dir. Serv. professionnels et hospitaliers
Dre Isabelle Brochu	Membre
Dr Denis Boucher	Membre
<b>Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique</b>	
Dre Manon St-Amant	Présidente
Dre Guylaine Lauzon	Secrétaire
Dre Sonia D'Amours	Membre
Dre Sophie Gervais	Membre
Dre Mélanie Blanchette	Membre
Mme Claire Dumais (sur demande)	Pharmacienne
Dr Omar Hasan (sur demande)	Chirurgien général
Mme Pierrette Simard	Archiviste
<b>Comité de pharmacologie</b>	
Dre Thuy-Tien Nguyen-Dang	Présidente
Dre Annie Marquis	Membre
Dr Kherdine Laddada	Chirurgien général
Dre Isabelle Brochu	Membre
Dr Denis Boucher	Membre
Dr Jean Martin	Membre
Dre Marie-Eve Dumais	Membre
Dre Catherine Poirier	Membre
Mme Claire Dumais	Pharmacienne
<b>Comité multidisciplinaire de traumatologie (équipe médicale seulement)</b>	
Dre Mijanou Didier	Présidente
Dre Claire Jean	Dir. Serv. professionnels et hospitaliers
Dr Yvan Auger	Anesthésiologiste
Dr Omar Hasan	Chirurgien général
Dr Kherdine Laddada	Chirurgien général
Dre Agnès Pascot	Chef du serv. d'urgence et soins intensifs
Dr Michel Dallaire	Membre
Dre Geneviève Simard-Racine	Membre

<b>Département de médecine générale</b>	
Dr Patrick Charland	Chef du département
Dr André Aboussafy	Membre
Dr Bertin Bélanger	Membre
Dre Mélanie Blanchette	Membre
Dr Pierre Bornais	Membre
Dr Denis Boucher	Membre
Dre Isabelle Brochu	Membre
Dr Michel Dallaire	Membre
Dr Sonia D'Amours	Membre
Dre Mijanou Didier	Membre
Dre Marie-Eve Dumais	Membre
Dr Jean Gauthier	Membre
Dre Sophie Gervais	Membre
Dre Claire Jean	Membre
Dre Guylaine Lauzon	Membre
Dre Annie Marquis	Membre
Dr Jean Martin	Membre
Dre Thuy-Tien Nguyen-Dang	Membre
Dre Agnès Pascot	Membre
Dre Catherine Poirier	Membre
Dre Manon St-Amant	Membre
Dre Geneviève Simard-Racine	Membre
Dr Pierre Turbide	Membre
Dre Jacynthe Vallée	Membre
<b>Département de chirurgie et d'anesthésie</b>	
Dr Omar Hasan	Chef du département
Dr Kherdine Laddada	Membre
Dr Yvan Auger	Membre
<b>Service d'obstétrique</b>	
Dre Sophie Gervais	Chef du service
Dre Mélanie Blanchette	Membre
Dre Marie-Eve Dumais	Membre
Dre Catherine Poirier	Membre
<b>Service d'urgence et des soins intensifs</b>	
Dre Agnès Pascot	Chef du service
Dre Mélanie Blanchette	Membre
Dr Denis Boucher	Membre
Dr Patrick Charland	Membre
Dr Michel Dallaire	Membre
Dre Mijanou Didier	Membre
Dre Marie-Eve Dumais	Membre
Dre Sophie Gervais	Membre
Dre Annie Marquis	Membre
Dre Thuy-Tien Nguyen-Dang	Membre
Dre Catherine Poirier	Membre
Dre Manon St-Amant	Membre
Dre Geneviève Simard-Racine	Membre
Dr Pierre Turbide	Membre

## 6.3.2 Faits saillants issus du rapport annuel du CMDP

### 6.3.2.1 Comité exécutif du CMDP

(11 réunions dont 1 extraordinaire)

▪ *Volet décisions :*

- Étude et adoption des recommandations formulées par le Comité d'examen des titres, le Comité de pharmacologie, le Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique, du département de médecine générale, du département de chirurgie et d'anesthésie et du service d'obstétrique.
- Adoption d'ordonnances collectives.
- Répartition des membres dans les comités et les projets cliniques.
- Adoption du protocole d'analgésie obstétricale neuraxiale ainsi que du guide d'utilisation du protocole d'ordonnance médicale permanente pour analgésie neuraxiale obstétricale à l'usage de l'infirmière;
- Adoption de la politique de surveillance lors de l'administration de médicaments en chimiothérapie et politiques concernant la gestion des symptômes liés à la chimiothérapie.
- Nomination d'un président d'élection.
- Soutien soins de première ligne dans La Matapédia – Plan d'action.
- Rappel afin d'apporter une vigilance accrue dans la rédaction des ordonnances médicales et dans les prescriptions de médicaments.
- Fin de parrainage d'un candidat à un permis restrictif en radiologie.
- Étude d'une recommandation découlant d'un rapport d'investigation du coroner.
- Désignation d'un médecin au Département régional de médecine générale.
- Adoption du programme d'évaluation de l'auto-administration des médicaments des usagers hospitalisés à l'unité de courte durée gériatrique ou inscrits au programme d'hébergement de transition.
- Adoption des critères de libération de la chirurgie d'un jour.
- Étude des recommandations du médecin examinateur et suivi à y apporter.
- Adoption de la politique – Achat, préparation, distribution et contrôle de l'utilisation des stupéfiants et drogues contrôlées.
- Adoption de la politique de fournitures médicales.
- Maintien de la directive d'observation de 2 hres post-injection du Xolair.
- Étude et plan d'action suite aux recommandations découlant du rapport d'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec.
- Recommandation favorable concernant la politique sur les heures de visite pour les usagers admis, à la politique et procédure d'utilisations des lits en courte durée.
- Adoption des ordonnances médicales post-césarienne.

- Recommandation pour le renouvellement des statuts et privilèges des membres du CMDP pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2010 au 31 décembre 2012.
  - Avis sur le programme de prévention et de contrôle des infections nosocomiales 2009-2014.
  - Adoption d'un guide de rédaction, de consultation et de diffusion d'une ordonnance collective ou d'un protocole médical.
  - Recommandation favorable concernant le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des services.
  - Recommandation favorable concernant le cadre de référence en éthique du CSSS de La Matapédia.
  - Recommandation favorable concernant la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des services et sur le règlement concernant le fonctionnement du comité d'éthique clinique.
- *Volet discussions :*
    - Compilation des transferts et préjudices causés suite à l'absence de tomodensitomètre.
    - Hospitalisations jugées évitables 2004-2005 à 2006-2007.
    - Ressources en physiothérapie et en ergothérapie.
    - Liste des tâches pouvant être accomplies par une infirmière praticienne spécialisée.
    - Soins intensifs/support en anesthésiologie.
    - État de situation en radiologie.
    - Avis concernant les abréviations, signes et symboles – Liste d'abréviations utilisées au CSSS.
    - État de situation – Pandémie Grippe A (H1N1).
    - Recrutement en médecine interne.
  - *Volet informations :*
    - Liste des nouveaux examens suite à l'arrivée du nouveau tomodensitomètre.
    - Plan de contingence en soins palliatifs.
    - Rédaction d'une lettre d'appui au programme de lutte contre le cancer.
    - Démarches dans le recrutement en anesthésie.
    - Présentation du nouveau formulaire de référence pour la clientèle jeunesse.
    - Invitation à la conférence de presse sur la biomasse forestière.
    - État des travaux au 1<sup>er</sup> étage.
    - Situation financière de l'établissement.
    - Informations relatives aux rencontres du Département régional de médecine générale.
    - Présentation du plan triennal du maintien du parc d'équipement médical 2009-2012.
    - Programme de soins palliatifs.

- État de situation – Liste d’attente en spécialités.
- Plan de travail 2009-2010 de la direction des services professionnels et hospitaliers.
- Étude du rapport annuel du médecin examinateur.
- Étude des statistiques de la visite de l’unité mobile de mammographie – SARA.
- Pénurie de main d’œuvre aux laboratoires.
- Campagne de financement de la Fondation Action-Santé de La Matapédia.
- État de situation à la salle d’opération.

#### 6.3.2.2 Comité d’examen des titres (7 réunions)

Le comité a procédé à l’étude des demandes de nomination des médecins, dentistes et pharmaciens désirant un statut et des privilèges au sein du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ainsi qu’aux demandes d’ajout ou de modification de privilèges.

Il a également procédé au renouvellement des privilèges pour les membres actifs, associés et conseils du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens pour une période de 3 ans.

#### 6.3.2.3 Comité d’évaluation de l’acte médical, dentaire et pharmaceutique (10 réunions)

*Sujets discutés :*

- Réalisation d’une étude sur la thromboprophylaxie chez les patients hospitalisés pour raison médicale;
- Étude des critères d’hospitalisation sur l’embolie pulmonaire;
- Étude des dossiers de décès à l’urgence, décès externes et décès internes;
- Étude des recommandations découlant du rapport d’inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec;
- Planification des activités du comité;
- Réalisation d’une étude sur le traitement de la rhinosinusite bactérienne à l’urgence;

#### 6.3.2.4 Comité de pharmacologie

*Sujets discutés :*

- Problématique en lien avec la bi ou la trithérapie antivirale concernant la prophylaxie anti-VIH. (*en cours*)
- Révision du protocole de Mucomyst. (*en cours*)

- Révision du protocole de détresse respiratoire en phase terminale.
- Rédactions de protocoles de chimiothérapie.
- Étude des recommandations découlant du rapport de la visite d'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec.
- Étude des avis de Santé Canada concernant le Fentanyl transdermique.
- Revue des effets secondaires des médicaments. (*en cours*)
- Élaboration des ordonnances initiales d'opiacés parentéraux.
- Diffusion d'une échelle de douleur.
- Changement des poches d'Héparine IV.
- Directive concernant les antiviraux en situation de pandémie.
- Rédaction du protocole Avastin/Bevacizumab.
- Étude des demandes d'ajouts de médicaments au formulaire de l'hôpital.
- Calcium VS Cipro.
- Macrolides/Quinolones et Intervalle QT.

#### 6.3.2.5 Comité d'évaluation multidisciplinaire de traumatologie (9 réunions)

- *Sujets discutés :*
  - Révision de la procédure « Code Trauma ».
  - Appui concernant l'acquisition d'un nouveau Bipap.
  - Étude de dossiers de polytraumatisés et transmission de recommandations découlant des études de dossiers.
  - Poursuite des travaux en regard du cahier de procédures et du programme de traumatologie.
  - Adoption d'un aide-mémoire pour le personnel infirmier concernant les demandes de croisement de sang en priorité.
  - Étude des recommandations découlant de la visite d'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec et élaboration d'un plan d'action.
  - Étude des données tirées de la banque de données commune du Registre des traumatismes du Québec pour la période 1 à 13 de l'année financière 2008-2009.

#### 6.3.2.6 Département de médecine générale (6 réunions)

- *Sujets discutés :*
  - Étude des recommandations découlant de la visite d'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec.
  - Ordonnances pharmaceutiques au service d'urgence.
  - Rappel concernant les demandes de transport ambulancier pour un constat de décès en CHSLD.

- Gestion des services à l'unité de courte durée gériatrique.
- Information sur le tournoi de golf au profit de la Fondation Action-Santé de La Matapédia.
- Rappel concernant la formation médicale sur la pandémie.
- Discussion concernant l'utilisation de messenger et du téléphone cellulaire.
- Discussion concernant les irritants reliés à l'utilisation de multiples mots de passe pour les applications informatiques en établissement et en GMF (groupe de médecine familiale).
- Information et échange sur le programme de soins palliatifs.
- Information sur l'utilisation d'un Intranet.
- Information sur la restructuration des services au SEGA (service externe de gériatrie ambulatoire).
- Modifications aux règlements du département de médecine générale.
- Relocalisation du vestiaire des médecins.
- Information relative à l'instauration possible d'une clinique SAG (symptôme d'allure grippale).
- Requête professionnelle (pharmacie) concernant les clients admis qui sont sous anticoagulant.
- Information relative au test de dépistage Grippe A (H1N1).
- Information relative au plan visant à répondre à une augmentation de clients en SI advenant une pandémie de la Grippe A (H1N1).
- Information sur les cliniques de vaccination populaires.
- Statistiques concernant les services de l'unité mobile SARA.
- Information sur la nouvelle directive intérimaire sur la dispensation des antiviraux.
- Sensibilité suite aux recommandations découlant d'une étude de dossiers du Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique.
- Clinique médicale virtuelle.
- Réorganisation des services en obstétrique.
- Informations concernant les démarches en cours dans le cadre du recrutement médical.
- Complétion de la feuille sommaire et des dossiers.
- Références concernant les échographies cardiaques.
- Information sur la tenue d'une formation EDU.
- Information concernant l'approche milieu de vie en soins de longue durée.
- Précision concernant le fonctionnement en courte durée.
- Rappel sur la complétion du bulletin de décès.
- Présentation des nouveaux cartables en courte durée.
- Poste de DSPH à notre établissement.
- Information concernant l'élaboration d'un guide d'utilisation du Narcan.
- Information sur la référence à l'intervenant en toxicomanie.
- Information sur le programme de retour au travail adapté pour les travailleurs vivant avec des restrictions médicales.
- Identification des médecins sur la requête d'examen de laboratoire.
- Information sur le processus d'accréditation pour Agrément Canada.
- Discussion sur la non disponibilité du TDM pour une période indéterminée.
- Modalités de référence en psychologie adulte et infantile.

- Processus d'ajout de demande d'analyses.
- Présentation de la procédure concernant le suivi médical des clients en hébergement temporaire ou en hébergement de transition ou en fin de vie.
- Étude d'une demande de matériel médical pour un stage international avec Initiative Bénin.
- Renouvellement de la convention GMF.
- Demande de transport ambulancier – CAUREQ.
- Délais d'examens de laboratoires.
- Consultation à l'urgence pour la clientèle obstétricale.
- C-ARM (appareil de fluoroscopie mobile).
- Rappel concernant le niveau de soins et la réanimation cardio-respiratoire suite à une étude de dossiers du Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique.
- Mise en application du protocole de détresse respiratoire.
- Consultation en regard de la planification stratégique 2010-2015.
- Modalités d'appel au médecin traitant de la clientèle en soins de longue durée.
- Présentation du guide de rédaction, de consultation et de diffusion d'une ordonnance collective ou d'un protocole médical.
- Liste d'attente de référence en physiothérapie.
- Liste de garde pour la période estivale.
- Demandes d'équipements médicaux.
- Information sur l'organisation d'une formation avancée en réanimation cardiaque (ACLS).
- Précision concernant le système unidose.
- Rappel concernant la référence de la clientèle à l'infirmière-pivot en oncologie.
- Information concernant l'organisation des services en radiologie et pour la lecture à distance des tomodensitomètres.

#### 6.3.2.7 Département de chirurgie et d'anesthésie

(2 réunions)

- *Sujets discutés :*
  - Révision des règlements du département de chirurgie et d'anesthésie.
  - Dépôt des résultats de l'étude concernant la chirurgie colique.
  - Recrutement en anesthésie.

#### 6.3.2.8 Service d'obstétrique

(6 réunions)

- *Sujets discutés :*
  - Élaboration d'un plan de travail pour l'année 2009-2010.
  - Élaboration d'un outil concernant le décompte des mouvements fœtaux.

- Demande pour une étude de conformité entre le résultat de la glycémie au glucomètre et la glycémie capillaire.
- Organisation du suivi des clientes enceintes.
- Étude des dossiers de césariennes urgentes.
- Discussion concernant l'ajout du dosage de la créatinine et de la TSH d'emblée lors du bilan sanguin au premier trimestre.
- Révision des guides et protocoles obstétricaux.
- Discussion sur le projet de réorganisation de la pratique obstétricale en concertation avec les sages-femmes.
- Échange sur l'étude CHARISMA.
- Discussion sur l'utilisation éventuelle d'un module d'auto-apprentissage sur le monitoring fœtal.
- Étude des recommandations pour les services de maternité et Influenza Grippe A (H1N1).
- Modalités de fonctionnement pour la consultation à l'urgence pour la clientèle obstétricale.
- Échange sur l'accréditation Ami des bébés.
- Modalités de fonctionnement du système de garde.
- Informations sur le comité régional en infertilité et en procréation assistée.
- Modifications des règlements du service d'obstétrique.

#### 6.3.2.9 Assemblée générale

(5 réunions)

##### ▪ *Sujets discutés :*

- Position en regard du programme de soins palliatifs.
- Opinion en regard de l'organisation des services à l'unité de courte durée gériatrique (UCDG) et des services de réadaptation.
- Rappel concernant la précision requise dans l'inscription d'un diagnostic sur la feuille sommaire.
- Information concernant les services de consultation sur place en endocrinologie.
- Démarches dans le recrutement en médecine interne.
- Information sur le programme AMPRO en obstétrique.
- Information sur la reprise du service de tomographie.
- Présentation du protocole Narcan et du guide de l'analgésie à l'urgence.
- Présentation des bases scientifiques de l'étude sur la thromboprophylaxie.
- Délai fixé en regard du formulaire CTMSP complété au bureau.
- Discussions sur les demandes d'équipements.
- Informations sur les modalités de facturation aux médecins superviseurs.
- Sensibilisation à l'incidence des torticolis plagiocéphalie.
- Adoption du rapport annuel d'activités 2008-2009.
- Étude des recommandations découlant de la visite d'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec.
- Nomination d'un représentant du CMDP au Conseil d'administration.

- Information sur l'absentéisme au travail chez le personnel du CSSS de La Matapédia.
- Élection des membres du Comité exécutif du CMDP pour l'année 2009-2010.
- Informations sur le recrutement médical et des activités de recrutement.
- Réorganisation du travail en ergothérapie suite à un départ pour congé de maternité.
- Séance d'information pour les médecins sur la grippe A (H1N1).
- Information sur les cliniques de vaccination populaires et sur la clinique de vaccination pour les médecins.
- Présentation des nouvelles ordonnances collectives.
- Informations transmises en regard des services dispensés en oncologie.
- Rappel sur la procédure de réception des rapports de culture à l'urgence.
- Information concernant l'engagement contractuel d'un kinésiologue.
- Information concernant l'état de situation en radiologie et sur la couverture à distance du service de tomodensitométrie.
- Information sur la mise en place du système unidose.
- Informations concernant les différentes activités d'éducation médicale continue.
- Informations découlant des réunions du département régionale de médecine générale.

#### 6.3.2.10 Les activités d'enseignement

- Stage d'externat junior en médecine familiale

Objectifs : À la fin de son stage, l'externe devra avoir été exposé au suivi des diverses clientèles de la médecine familiale de même qu'à leurs problématiques courantes en fonction des différents lieux de pratique (bureau, urgence, hospitalisation, etc.)

Durée : 6 semaines

Nombre d'externes reçus : 4

- Stage de résidence en médecine familiale

Objectifs : En plus de découvrir la pratique médicale en région, à la fin de son stage, le résident devra avoir développé son sens clinique en fonction des ressources humaines et matérielles disponibles en centre primaire, avoir parfait son intégration et sa maturation professionnelle, avoir connu et géré les différents problèmes médicaux, psychosociaux et familiaux propres à la région et les services paramédicaux offerts en support au suivi de patients par les omnipraticiens, avoir évalué la pertinence, les indications et les contre-indications du transfert d'un patient, avoir stabilisé et organisé le patient pour procéder à son transfert, avoir été exposé aux tâches médico-administratives qui incombent aux médecins en pratique dans l'établissement.

Durée : 8 semaines

Nombre de résidents reçus : 3

- Stage à option (médecine familiale, chirurgie générale) :

Objectifs : À la fin de son stage, l'externe devra idéalement être exposé au suivi des diverses clientèles de la médecine familiale de même qu'à leurs problématiques courantes en fonction des différents lieux de pratique (bureau, urgence, hospitalisation, chirurgie générale, etc.). À la lumière de son expérience de stage, d'évaluer ses propres intérêts et aptitudes pour une pratique ultérieure en médecine familiale.

Durée : 4 semaines

Nombre d'externes reçus : 2

- Stage d'été en médecine :

Objectifs : À la fin de son stage, le stagiaire devra idéalement être exposé au suivi des diverses clientèles de la médecine familiale de même qu'à leurs problématiques courantes en fonction des différents lieux de pratique (bureau, urgence, hospitalisation, chirurgie générale, etc.). À la lumière de son expérience de stage, d'évaluer ses propres intérêts et aptitudes pour une pratique ultérieure en médecine familiale.

Durée : Variant de 4 à 8 semaines

Nombre de stagiaires reçus : 2

(période estivale)

## 6.4 Conseil multidisciplinaire

### 6.4.1 Liste des membres

Comité exécutif du conseil multidisciplinaire	
Alexis D'Aoust-Tremblay	Président
Lisa Boulianne	Secrétaire
Patrick Legoupil	Membre
Guillaume Côté	Membre
Christine Boucher	Membre
Karen Smith	Membre
Julie Ruel	Membre
Alain Paquet	Membre d'office (Directeur général)

### 6.4.2 Faits saillants issus du rapport annuel

#### ➤ **Mise en place du comité**

Une première assemblée des membres du conseil multidisciplinaire a eu lieu le 22 juin 2009 à la RMAO.

Les membres présents ont alors élu les 7 membres de l'exécutif:

Karen Smith, ergothérapeute  
 Patrick Legoupil, physiothérapeute  
 Christine Boucher, psychoéducatrice  
 Julie Ruel, technologiste médicale  
 Lisa Boulianne agente de relations humaines  
 Alexis D'Aoust-Tremblay, organisateur communautaire  
 Guillaume Côté, nutritionniste

S'ajoute à ces personnes, M. Alain Paquet, directeur général et Mme Jeannine Desmarais, responsable de la qualité, de la gestion des risques et des communications à titre de personne ressource.

Une seconde rencontre a eu lieu le 8 octobre 2009. Les officiers ont alors été nommés :

Alexis D'Aoust-Tremblay, président;  
 Patrick Legoupil, vice-président;  
 Lisa Boulianne, secrétaire.

Le comité a alors commencé à prendre en note des dossiers importants pour le CSSS, des documents à prendre connaissance et des préoccupations des membres.

Cependant, en raison de la pandémie, le comité n'a recommencé à siéger que le 6 janvier 2010. Depuis, les rencontres sont toujours le premier mercredi de chaque mois, de 11h30 à 13h30. Le comité s'est rencontré à cinq reprises.

➤ **Principaux dossiers**

- Révision des règles de fonctionnement (en sous-comité)
- Conception d'un dépliant sur le conseil multidisciplinaire (en sous-comité)
- Participation à la mise en place de la liste officielle des abréviations utilisées au CSSS de La Matapédia
- Avis sur les diverses politiques et procédures du CSSS
- Avis et recommandations sur le positionnement stratégique 2010-2015
- Avis sur la demande du service d'imagerie médicale
- Avis sur la demande d'une salle d'évaluation et d'intervention multidisciplinaire destinées à la clientèle pédiatrique présenté par l'équipe famille-enfance-jeunesse
- Lettre d'appui au programme local de lutte contre le cancer
- Représentation au colloque annuel de l'association des conseils multidisciplinaires du Québec

➤ **Plan d'action 2010-2011**

- Poursuivre la mise en place du comité
- Faire connaître le conseil multidisciplinaire auprès de ses membres et de l'ensemble de l'organisation
- Devenir membre de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec
- Se positionner sur le recrutement du personnel
- Mise en ligne du dépliant et autres documentations jugées pertinentes
- Poursuivre les avis sur les dossiers importants pour l'organisation
- Promouvoir la mise en place de comité de pairs et de travail
- Promouvoir auprès de la direction et des instances la consultation du conseil multidisciplinaire sur leurs projets
- S'assurer du suivi des recommandations du conseil multidisciplinaire comme par exemple le plan directeur des locaux

## 6.5 Comité de vigilance et de la qualité

### 6.5.1 Liste des membres

Comité de vigilance et de la qualité	
Jean-Claude Leclerc	Président
Claude Pérusse	Membre
Denis Tremblay	Membre
Michel Lavoie	Commissaire local aux plaintes et à la qualité
Jeannine Desmarais	Responsable de la qualité des services, de la gestion des risques et des communications
Alain Paquet	Membre d'office (Directeur général)

### 6.5.2 Suites apportées aux recommandations du commissaire local

Le nombre de dossiers traités par le commissaire local aux plaintes et à la qualité figure ci-dessous, avec les trois dernières années de référence :

Nombre de dossiers traités	Années de référence
42 <sup>1</sup>	2009-2010
32	2008-2009

<sup>1</sup> : inclut 5 dossiers traités en 2008-2009 mais conclus en 2009-2010

Le tableau qui est présenté à partir de la page qui suit présente une définition sommaire de la plainte ainsi que du motif, de même que le suivi apporté à chacune d'elles.

En 2009-2010, le délai moyen de traitement des plaintes est de 34 jours.

Légende : PL=Plainte; PM= Plainte médicale; IN= Intervention, AS=Assistance

DOSSIER	SOMMAIRE DE LA PLAINTE	MOTIF(S)	SUIVI RECOMMANDATION
PL 0809ML31	Accès au médecin traitant, soins palliatifs à domicile.  Attitude irrespectueuse d'un infirmier à l'urgence	Accessibilité \ Difficulté d'accès \ Aux services réseau  Relations interpersonnelles \ Communication / attitude \ Commentaires discriminatoires	Attente de suivi  Mémo adressé au personnel de l'urgence le 6 juillet 2009
PL 0809ML32	Orientée à l'urgence pour obtenir un RV en orthopédie.	Accessibilité \ Difficulté d'accès \ À un processus de transfert	Suivi fait
PM 0809PC28	Attitude du radiologiste lors d'un examen échographique.	Relations interpersonnelles \ Communication / attitude \ Manque d'écoute	Pas de suivi requis
PM 0809PC29	Pratique médicale à l'urgence (3 médecins) et à l'hospitalisation (1 médecin)	Soins et services dispensés \ Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail) \ Habiletés techniques et professionnelles	Suivi par le CMDP
PM 0809PC32	Qualité des services rendus par un médecin à l'urgence.	Soins et services dispensés \ Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail) \ Habiletés techniques et professionnelles	Pas de suivi requis
PM 0809PC32-1	Attitude d'un médecin à l'urgence	Relations interpersonnelles \ Autre	Plainte rejetée
PM 0809PC32-2	Qualité des services rendus par un médecin à l'urgence.	Soins et services dispensés \ Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail) \ Habiletés techniques et professionnelles	Pas de suivi requis
AS 0910ML01	Perte d'objet personnel au cours d'une hospitalisation	Aspect financier \ Autre	Remboursement à l'usagère
PL 0910ML02	Demande de soins à domicile	Soins et services dispensés \ Continuité \ Arrêt de service	Les règles d'accès ont été appliquées correctement, pas de suivi requis

DOSSIER	SOMMAIRE DE LA PLAINTE	MOTIF(S)	SUIVI RECOMMANDATION
IN 0910ML03	<p>Demandes d'intervention de la communauté des sœurs Notre-Dame du Clergé de Lac-au-Saumon</p> <p>1- Facturation des fournitures de laboratoire par le CSSS</p> <p>2- Demande un accès rapide à l'hôpital sans obligation d'utiliser le stationnement lors du raccompagnement des religieuses et de la livraison de prélèvements sanguins au laboratoire</p> <p>3- Retour d'une religieuse âgée à la maison Mère durant la nuit</p>	<p>Aspect financier \ Facturation \ De matériel de soins</p> <p>Organisation du milieu et ressources matérielles \ Confort et commodité \ Confort et aménagement des espaces à la clientèle \ Soins et services dispensés \</p> <p>Continuité \ Congé ou fin de service prématuré</p>	<p>Le MSSS impose cette façon de faire aux établissements</p> <p>Procédure en place</p> <p>Rappel au personnel d'appliquer la procédure en vigueur à ce sujet.</p>
IN 0910ML04	Qualité des services vs prévention des infections lors de prélèvements sanguins.	Soins et services dispensés \ Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail) \ Respect du Code des professions concernées	Rappel par chef de service du laboratoire
PL 0910ML05	Demande de soins à domicile refusée	Accessibilité \ Refus de services \ Soins / services / programmes	Les critères d'admissibilité ont été appliqués correctement
PL 0910ML06	<p>Réduction d'heure de service de maintien à domicile.</p> <p>Transmission d'information clinique par organisme communautaire</p>	Aspect financier \ Allocation de ressources matérielles et financières \ Aide financière	<p>Allocation de service correspond à l'évaluation.</p> <p>L'information sera transmise par les intervenants du CLSC.</p>
PL 0910ML07	Difficulté à rejoindre le centre de rendez-vous	Accessibilité \ Délais \ Rendez-vous \ Temps d'attente pour obtenir le rendez-vous	Un système de gestion des appels installé en octobre 2009
AS 0910ML08	Délai pour service en ergothérapie	Accessibilité \ Délais \ Soins / services / programmes \ Listes d'attentes	Le service a été rendu
PL 0910ML09	Attitude inappropriée envers les membres de la famille d'une usagère hospitalisée	Relations interpersonnelles \ Communication / attitude \ Attitude non verbale inappropriée	Suivi auprès des employés par le gestionnaire responsable

DOSSIER	SOMMAIRE DE LA PLAINTE	MOTIF(S)	SUIVI RECOMMANDATION
PL 0910ML10	Refus d'inscrire un usager qui se présente alors qu'il n'y a pas de clinique de prélèvement sans rendez-vous	Soins et services dispensés \ Traitement / intervention / services (action faite) \ Protocole clinique	Pas de suivi requis, procédure appliquée correctement
PL 0910ML11	Bruit important à l'unité d'hospitalisation vs travaux en cours  Bruits par porte de la cage d'escalier  Bruits par chariot à médicament	Organisation du milieu et ressources matérielles \ Confort et commodité \ Tranquillité/bruit	Pas d'aménagement possible, vs contrat  Réparation du cylindre de porte  Réparation du chariot à médicament
PL 0910ML12	Difficulté à rejoindre le centre de rendez-vous	Accessibilité \ Difficulté d'accès \ Aux services réseau	Un système de gestion des appels installé en octobre 2009
PL 0910ML13	Long délai pour obtenir des services d'ergothérapie pour une enfant.	Accessibilité \ Délais \ Soins / services / programmes \ Liste d'attentes	Le CSSS accepte de défrayer les coûts de consultation en privé
PL 0910ML14	Difficulté à rejoindre le centre de rendez-vous	Accessibilité \ Difficulté d'accès \ Aux services réseau	Un système de gestion des appels installé en octobre 2009
PL 0910ML15	Refus d'inscrire un usager qui se présente pour un examen en échographie, sans sa prescription. Propos injurieux de l'usager à l'endroit de la préposée.	Relations interpersonnelles \ Communication / attitude \ Manque de compréhension	Procédure appliquée correctement. Lettre adressée à l'usager concernant la violence verbale au CSSS
IN 0910ML16	Intervention à la demande du médecin examinateur, concernant le délai d'attente vs la qualité du triage à l'urgence	Soins et services dispensés \ Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail) \ Habiletés techniques et professionnelles	L'évaluation de la qualité du triage est faite aléatoirement par une infirmière et non par un comité tel que recommandé.
PL 0910ML17	Manque d'information durant le délai d'attente à l'urgence	Accessibilité \ Délais \ Services d'urgence \ Triage urgence-hôpital	Les usagers en salle d'attente sont informés du délai prévisible suite au triage, mais sans précision quant aux causes du délai.
PL 0910ML18	Bruit à l'unité d'hospitalisation, suite à chirurgie d'un jour.	Organisation du milieu et ressources matérielles \ Confort et commodité \ Tranquillité/bruit	Rappel fait aux employés de l'unité et de l'entretien ménager de respecter le repos des usagers. Le local de l'entretien ménager situé à proximité de cette chambre, a été déplacé sur un autre étage.

DOSSIER	SOMMAIRE DE LA PLAINTE	MOTIF(S)	SUIVI RECOMMANDATION
PL 0910ML19	Plainte abandonnée par le plaignant	Accessibilité \ Refus de services \ Autre	
PL 0910ML20	Manque de personnel pour faire marcher une usagère hospitalisée en gériatrie	Soins et services dispensés \ Traitement / intervention / services (action faite) \ Coordination des acteurs	La réorganisation des services gériatrique devrait corriger la situation. Évaluation du nouveau fonctionnement attendu au printemps 2010.
AS 0910ML21		Aspect financier \ Frais d'hébergement / placement \ Contribution placement / hébergement \ Exonération	Pas de suivi requis
PL 0910ML22	Réduction d'heures de services de maintien à domicile pour usagère handicapée suite à une révision des grilles de calcul.	Soins et services dispensés \ Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail) \ Habiletés techniques et professionnelles	Maintien des heures de services antérieures vs continuité des services.
PL 0910ML23	Demande de remboursement refusée pour accès à des services à l'extérieur de la région.	Aspect financier \ Frais de déplacement / transport \ Politique de déplacement des cas électifs	Procédure appliquée correctement.
PL 0910ML24	Insatisfaction suite à la centralisation des services d'oncologie au CH.	Accessibilité \ Difficulté d'accès \ Aux services formellement requis	Après discussion, l'usager a pu continuer de recevoir ses services au CLSC à Causapsal.
PL 0910ML25	Insatisfaction suite à la décision de centraliser les activités du Centre de jour à l'hôpital	Soins et services dispensés \ Organisation des soins et services (systémique) \ Propre à l'établissement	L'évaluation du fonctionnement est attendue au printemps 2010. Usagère a décidé de ne plus fréquenter le centre de jour.
PL 09- 10ML26	Attitude de la préposée du Centre de rendez-vous envers une usagère	Relations interpersonnelles \ Communication / attitude \ Manque de compréhension	La préposée reconnaît qu'elle doit demeurer polie envers la clientèle.
PL 0910ML27	Attitude de la préposée du Centre de rendez-vous envers une usagère	Relations interpersonnelles \ Respect \ Manque à l'égard de la personne \ Manque de politesse	Le chef de services assurera un suivi et un accompagnement auprès de la préposée lorsque des situations particulières se présenteront.
PL 0910ML28	Insatisfaction suite à la décision de centraliser à l'hôpital les services courants les fins de semaine.	Accessibilité \ Difficulté d'accès \ Autre	Pas de suivi requis, amélioration globale du service.
PL 0910ML29	Obligation pour l'usager de payer les frais du dentiste lors d'une intervention à la salle d'opération	Aspect financier \ Facturation \ Autre	Pas de suivi requis, ces frais ne sont pas couverts par la RAMQ

DOSSIER	SOMMAIRE DE LA PLAINTE	MOTIF(S)	SUIVI RECOMMANDATION
PL 0910ML30	Information incomplète concernant l'application de la procédure de facturation des frais de chambre à tarif	Aspect financier \ Facturation \ Autre	Mécanisme mis en place pour que l'information soit transmise adéquatement aux usagers.
PL 0910ML31	Insatisfaction suite à la centralisation des services d'oncologie au CH.	Accessibilité \ Difficulté d'accès \ À un processus de transfert	Après discussion l'utilisateur pourra continuer de recevoir ses services au CLSC à Causapscal.
PL 0910ML32	Insatisfaction suite à l'orientation d'une usagère en RI et qualité des services rendus par la ressource.	Soins et services dispensés \ Continuité \ Orientation inappropriée	Pas de suivi quant à l'orientation. Les plans d'intervention doivent tenir compte de l'intégration des résidents à leur nouveau milieu d'hébergement.
PL 0910ML33	Rupture de service pour des soins d'hygiène à domicile. Services rendus par travailleur autonome	Soins et services dispensés \ Continuité \ Arrêt de service	Le contrôle des activités des travailleurs autonomes est assuré par l'infirmière auxiliaire au maintien à domicile.
AS 0910ML34		Relations interpersonnelles \ Communication / attitude \ Manque d'information	Pas de suivi requis
PL 0910ML35	Délai d'attente à l'urgence vs qualité du triage. Aménagement, confort du mobilier et disposition du téléviseur à la salle d'attente de l'urgence.  Propreté des locaux, salle d'attente et salle de traitement de l'urgence.  Attitude le l'agente de sécurité	Accessibilité \ Délais \ Services d'urgence \ Triage urgence-hôpital  Organisation du milieu et ressources matérielles \ Confort et commodité \ \  Hygiène / salubrité / désinfection \ Lieux  Relations interpersonnelles \ Respect \ Manque à l'égard de la personne \ Manque de politesse	Attente de suivi
PL 0910ML36	Délai pour une évaluation en ergothérapie	Accessibilité \ Délais \ Soins / services / programmes \ Respect des délais prescrits	En l'absence de 2 ergothérapeutes su 3 au maintien à domicile, la liste d'attente s'allonge. Efforts de recrutement maintenus.

DOSSIER	SOMMAIRE DE LA PLAINTE	MOTIF(S)	SUIVI RECOMMANDATION
PL 0910ML38	Délai pour l'obtention d'une évaluation psychosociale dans une démarche d'authentification d'un mandat en cas d'inaptitude.	Accessibilité \ Délais \ Soins / services / programmes \ Temps d'attente pour obtenir un résultat ou un rapport	Services rendus par intervenant en privé, effort de recrutement en cour pour ajouter des ressources humaines.

### 6.5.3 Nombre de dossiers traités par catégorie

Catégorie de dossiers	2009-2010	2008-2009
Plaintes	32	20
Demandes d'intervention	3	3
Demandes d'assistance	4	2
Plaintes médicales	3	2

### 6.5.4 Faits saillants issus du rapport de gestion des plaintes en 2009-2010

Les données extraites du système d'information indiquent par ordre d'importance les motifs de plainte les plus fréquents. Il est à noter que le système d'information cumule indifféremment tous les objets, qu'il s'agisse de plainte et qu'un dossier peut contenir plus d'un motif de plainte ou d'intervention.

Voici le nombre de motifs de plainte associé aux 5 principaux motifs, selon les 2 dernières années de référence.

Année de référence	Nombre de motifs de plainte	Accessibilité	Soins et services dispensés	Aspects financiers	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles
2009-2010	54	16	15	8	6	9
2008-2009	36	13	6	6	6	5

Les dossiers ayant particulièrement retenu l'attention du commissaire local aux plaintes et à la qualité et qui ont ou pourraient avoir un impact sur l'organisation et l'offre de service dans le futur sont les suivants :

#### L'accès aux services d'ergothérapie

En 2009-2010, deux plaintes impliquent le service d'ergothérapie et dans les deux cas, il s'agit du long délai pour obtenir une évaluation par un ergothérapeute. Une plainte concerne l'accès au service pour les enfants et l'autre les services de soutien à domicile. En 2008-2009, le commissaire avait souligné l'amélioration de l'accessibilité grâce à la présence au travail de tous les ergothérapeutes. Cependant, dès le mois de novembre 2009, 2 des 3 ergothérapeutes du Soutien à domicile étaient en congé de maternité et tous les efforts de recrutement sont demeurés vains, avec les conséquences prévisibles pour la clientèle.

### L'offre de service aux personnes handicapées

En 2009-2010, 2 plaintes ont été traitées pour cette clientèle et dans les 2 cas, les recommandations du commissaire local ont été suivies.

Au cours de l'année financière, les 3 plaintes en traitement au bureau du protecteur du citoyen ont été conclues et les recommandations faites par la Déléguée du protecteur du citoyen doivent s'inscrire dans la révision en cours de modalités de gestion de ce programme et ainsi en améliorer l'accessibilité au bénéfice de ces personnes.

### Le centre de rendez-vous

Cinq plaintes concernant ce service ont été traitées en cours d'année. Trois (3) de ces plaintes concernaient le délai et la difficulté pour obtenir la ligne téléphonique afin de prendre un rendez-vous. L'installation d'un système de réponse automatisé à l'automne 2009 informe les usagers qu'ils ont bien rejoint le service et leur donne l'information sur les documents qu'ils doivent avoir en main lorsqu'ils sont en communication avec la préposée, ce qui a permis de raccourcir le temps d'intervention pour chaque prise de rendez-vous.

### Les relations interpersonnelles entre les intervenants et la clientèle

Ce motif de plainte se retrouve dans 9 dossiers traités au cours de l'année, soit 4 de plus que l'année précédente. Même si toutes ces plaintes n'étaient pas concluantes quant à l'attitude des intervenants à l'endroit de la clientèle, une tendance semble se dégager qu'il apparaît important de mettre en lumière, d'autant plus que le code d'éthique révisé en 2008-2009 réaffirme que le RESPECT, en plus d'être un droit reconnu aux usagers des services de santé et des services sociaux, est l'une des 4 valeurs dominantes au sein de l'organisation.

## 6.6 Comité des usagers et comité des résidents

### 6.6.1 Liste des membres

Comité des usagers	
Georgette Anctil	Vice-présidente
Bernard Blanchet	Secrétaire-trésorier
Jeannine Desmarais	Personne-ressource du CSSS de La Matapédia
Normande Lafrance	Présidente
Jacques Lemieux	Représentant du comité des résidents

Comité des résidents	
Jacques Lemieux	Vice-président
Francine Ouellet	Secrétaire-trésorière
Fernande Hudon	Conseillère
Marguerite St-Laurent	Conseillère
Jean-Marc Joubert	Conseiller
Karen Tremblay	Éducatrice à la RMAO, invitée
Odet Tremblay	Conseillère
Jeannine Desmarais	Personne-ressource du CSSS de La Matapédia
Normand Lavoie	Chef des services de soins de longue durée, invité

### 6.6.2 Faits saillants issus du rapport annuel

Le comité des usagers du CSSS de La Matapédia a été créé en novembre 2007, et celui des résidents de la RMAO, en décembre 2007. Cette instance est instituée en application de l'article 209 de la Loi sur la santé et les services sociaux et voit à l'actualisation des fonctions et responsabilités qui lui sont dévolues par la LSSSS.

En 2009-2010, le comité des usagers s'est réuni à neuf (9) reprises et celui des résidents à sept (7) reprises.

### **Principales activités effectuées en 2009-2010**

- Adoption par l'assemblée générale des règles de fonctionnement des comités;
- Lancement officiel du code d'éthique de l'établissement;
- Rencontres conjointes de représentants des comités et du Commissaire local aux plaintes avec des groupes de la communauté pour présentation des fonctions et pour présenter le code d'éthique;
- Prise de connaissance par le comité des usagers de l'état d'avancement des travaux d'agrément.
- Rencontre spéciale du chef des services d'hébergement avec le comité des résidents pour explication du projet de réorganisation du travail à la RMAO.
- Distribution d'un dépliant mis à jour sur les fonctions légales du comité des usagers et du comité des résidents
- Présentation du rapport du Conseil québécois d'agrément sur la satisfaction des résidents de la RMAO comprenant une appréciation des lieux physiques faite par un observateur externe.
- Décision du comité des usagers et du comité d'utiliser une partie du surplus du budget afin de contribuer financièrement à la réalisation de certains projets de l'établissement qui visent une amélioration des services directs aux usagers et aux résidents.

### **Orientations à privilégier en 2010-2011**

- Tenir les réunions mensuelles des deux comités de façon simultanée;
- Augmenter la visibilité des comités auprès de la population;
- Poursuivre les efforts de recrutement de nouveaux membres;
- Poursuivre les efforts et les actions concrètes afin de bien représenter les intérêts des usagers du CSSS de La Matapédia et des résidents de la RMAO;
- Maintenir les collaborations et les relations de travail avec les représentants du CSSS de La Matapédia.

### 6.6.3 Suites apportées par le conseil d'administration

En 2009-2010, le comité des usagers et le comité des résidents ont acheminé des recommandations à la direction du CSSS de La Matapédia, destinées à promouvoir l'amélioration continue de la qualité des services. Voici le suivi qui a été apporté à ces recommandations :

<b>Nature de la recommandation</b>	<b>Suivi apporté</b>
R1 : Simplifier et clarifier le message téléphonique de l'hôpital	Le message a été changé et il a été simplifié
R2 : Tenter de trouver des moyens pour réduire les inconvénients causés par la proximité des fumoirs et des salles à manger des unités de vie à la RMAO.	Travaux en cours

## 6.7 Comité de gestion des risques

### 6.7.1 Liste des membres

Comité de gestion des risques	
Guillaume Côté	Représentant du conseil multidisciplinaire
Suzanne Blanchette	Représentante du CECII
Lissia Dumont	Infirmière en prévention des infections
Dre Isabelle Brochu	Représentante du CMDP
Jeannine Desmarais	Présidente et secrétaire, responsable de la gestion des risques
Jean-Claude Leclerc	Représentant des usagers
Bertin Lévesque	Directeur des soins infirmiers
Alain Paquet	Directeur général

### 6.7.2 Principaux risques d'incidents/accidents

Depuis le début de la mise sur pied du système local de surveillance, il se dégage une constante dans notre organisation quant aux types de déclarations selon les milieux:

- En centre d'hébergement et de soins de longue durée, les rapports de déclarations font principalement état de chutes dans un premier temps, et d'erreurs de médicaments en deuxième lieu;
- En milieu hospitalier, ce sont les erreurs de médicaments qui constituent le motif majeur de déclaration;
- En ressources intermédiaires, les rapports reçus relatent des chutes pour la plupart.

Les tableaux qui suivent présentent l'ensemble des données sur les accidents et incidents déclarés en 2009-2010 au CSSS de La Matapédia.

Exercice financier: 2009-2010

Établissement: CSSS DE LA MATAPEDIA

Période	Type												
	Autre	Bâtiment	Chute	Effet personnel	Équipement	ind.	Lié à l'utilisateur	Matériel	Médicament	Possibilité d'abus	Test diagnostique	Traitement	Total
1	3		30	1				1	23	3		4	65
2	3	1	32		1				16	4	1	2	60
3	7		24		1	1			19	1	1	1	55
4	2		48			4	1	1	23	2	2	4	87
5	6		37			1	1		19	1	1	1	67
6	3		23			3			16	1	3	2	51
7	1		14		1	2			24		10	1	53
8	4		28			4			22		5		63
9	3		41				1	1	27	1	5	3	82
10	7		19			1			27		8	2	64
11	3		34		1	4		3	15		1	5	66
12	6		33			1	5		30	1	1	5	82
13	2		41						27	4			74
<b>Total</b>	50	1	404	1	4	21	8	6	288	18	38	30	869

### 6.7.3 Principales activités du comité gestion des risques en 2009-2010

Le comité a tenu trois rencontres au cours de l'exercice financier. Six (6) événements sentinelles ont été analysés et portés à la connaissance du comité de gestion des risques. Voici, pour chacun des événements, les résultats des suivis apportés :

Objet de la recommandation	Suivi apporté
R1 : Prendre les moyens afin que des améliorations soient apportées concernant la lisibilité des notes médicales versées au dossier de l'utilisateur	Rappels faits aux médecins par la directrice des services professionnels
R7 : Effectuer les travaux nécessaires pour que la porte ouvre A2-219 vers l'intérieur et que la porte C2-222 soit munie d'un fermetoir automatique	Travaux entièrement réalisés
R8 : S'assurer que le personnel du service fournisse le produit alimentaire conforme aux besoins spécifiques des usagers et tel que recommandé par le personnel du département	Rappels faits au personnel du service alimentaire par le chef de service
R9 : Actualiser la POR no 11 de l'agrément qui se lit comme suit : utiliser au moins deux identificateurs de l'utilisateur avant le début de la prestation de tout service ou toute procédure	Élaboration et application en cours d'une procédure d'identification de l'utilisateur avant le début de la prestation des soins et des services
R10 : Rechercher des moyens pour diminuer les erreurs reliées aux solutés	Plan d'action de réduction des erreurs appliqué en courte durée
R11 Prendre les moyens nécessaires auprès du personnel concerné pour qu'une identification rigoureuse soit effectuée afin qu'il y ait concordance entre l'inscription sur la requête et le spécimen qui se trouve dans le contenant	Directive formelle concernant l'identification adéquate des spécimens produite à l'intention du personnel de la salle d'opération et de la clinique externe

### 6.7.4 Types d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance systématique

Un tableau de bord est préparé mensuellement sur l'état de situation des infections nosocomiales dans l'établissement et est présenté au conseil d'administration de même qu'au comité de gestion des risques.

Le portrait de situation sur les types d'infections sous surveillance révèle ce qui suit, pour les deux dernières années de référence :

Type d'infection nosocomiale		2008-2009	2009-2010
Bactériémies à staphylococcus aureus et ERV		Aucun cas	Aucun cas
C Difficile	Catégorie 1	4 cas	6 cas
	Catégorie 2A	Aucun cas	5 cas
	Catégorie 2B	Aucun cas	2 cas
	Catégorie 3	3 cas	3 cas
SARM	Catégorie 1	8 cas	11 cas
	Catégorie 2A	7 cas	5 cas
	Catégorie 2B	5 cas	5 cas
	Catégorie 2C	Aucun cas	1 cas
	Catégorie 3	6 cas	Aucun cas
	Catégorie 4	Aucun cas	Aucun cas

Un comité de prévention des infections supporte les orientations à suivre en matière de surveillance, de prévention, de dépistage et de reddition. La composition du comité pour 2009-2010 était la suivante :

Comité de prévention des infections	
Jean Martin	Médecin
Harold Bernatchez	Médecin consultant
Suzanne Blanchette	Conseillère clinique en soins infirmiers
Henriette Thériault	Conseillère clinique en soins infirmiers
Lissia Dumont	Infirmière en prévention des infections
Denis Fournier	Chef des services techniques et des installations
Linda Gagnon	Assistante chef au laboratoire
Bertin Lévesque	Directeur des soins infirmiers

Des interventions en prévention des infections sont faites de manière permanente dans notre établissement :

- Kiosque à l'entrée de l'hôpital comprenant le matériel de lavage des mains;
- Message d'information à l'intention des usagers sur le tableau lumineux posé à l'urgence;
- Courte vidéo diffusée sur le téléviseur de l'urgence sur les mesures de prévention;
- Enseignement continu fait auprès du personnel sur les unités et du personnel des trois (3) missions;
- Plusieurs rappels visuels sous forme d'affiches sont visibles sur les murs.

ÉTATS  
FINANCIERS  
ET  
ANALYSE DES  
RÉSULTATS  
D'OPÉRATION

## 7. ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS D'OPÉRATION

### 7.1 État des résultats du fonds d'exploitation

Fonds d'exploitation – activités principales		exercice terminé le 31 mars 2010		
RÉSULTATS – SOMMAIRE				NOTES
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	
<b>ACTIVITÉS PRINCIPALES</b>				
<b>REVENUS</b>				
Agence et MSSS .....	01	32,830,937	31,286,324	①
Usagers .....	02	1,568,713	1,618,248	②
Ventes de services .....	03	125,233	116,994	③
Recouvrements .....	04	561,547	155,166	④
Donations .....	05			
Subvention du Gouvernement fédéral .....	06			
Autres revenus .....	07	87,096	72,865	
TOTAL (L.01 à L.07) .....	08	35,173,526	33,249,597	
.....	09	XXXX	XXXX	
.....	10	XXXX	XXXX	
.....	11	XXXX	XXXX	
<b>CHARGES</b>				
Salaires .....	12	16,738,408	15,963,247	
Avantages sociaux .....	13	4,578,839	4,638,732	
Charges sociales .....	14	2,515,231	2,463,937	
Médicaments .....	15	1,253,281	709,574	⑤
Produits sanguins .....	16	512,665	620,176	⑥
Fournitures médicales et chirurgicales .....	17	799,545	718,264	⑦
Denrées alimentaires .....	18	261,859	261,477	
Créances douteuses .....	19	2,913		
Variation provision pour vacances, congé maladie .....	20	XXXX	124,377	
.....	21	XXXX	XXXX	
.....	22	XXXX	XXXX	
.....	23	XXXX	XXXX	
.....	24	XXXX	XXXX	
Autres charges :				
Intérêts sur emprunts .....	25	352	2,709	
Entretien et réparations .....	26	294,008	597,978	
Autres dépenses .....	27	7,311,569	7 101,959	
TOTAL (L.12 à L.27) .....	28	34,268,670	33,202,430	
<b>EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS PRINCIPALES (L.08 – L.28) .....</b>				
		29	904,856	47,167

**SOURCE : Page 200 du rapport financier annuel AS-471**

EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS PRINCIPALES .....	29	904,856	47,167
--	----	---------	--------

À titre informatif seulement :

CONTRIBUTIONS PROVENANT OU AFFECTÉES À D'AUTRES FONDS

En provenance de l'avoir propre et d'autres fonds .....	30		279,661
Affectées au fonds d'immobilisations – projets autofinancés .....	31	1,114	49,638
Affectées au fonds d'immobilisations - autres .....	32	806,173	223,714
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS PRINCIPALES APRÈS CONTRIBUTIONS PROVENANT OU AFFECTÉES À D'AUTRES FONDS (L.29 + L.30 – L.31 – L.32) .....	33	97,569	53,476

**SOURCE : Page 200 du rapport financier annuel AS-471**

## NOTES COMPLÉMENTAIRES

NOTES	DESCRIPTION	RÉFÉRENCE AS-471	31 MARS 2010	31 MARS 2009
1	<u>REVENUS DE LA R.R.S.S.-01</u>	Page 300		
	➔ Budget net	L. 19 C. 2	30 913 415	28 820 333
	➔ Rectificatif des revenus	L. 20 C. 2	155 446	385 100
	➔ Rectificatifs des charges	L. 21 C. 2	(11 094)	(1 860)
	➔ Produits sanguins (SIT)	L. 22 C. 2	384 570	360 034
	➔ Augmentation du financement	L. 24 C. 2	1 970 277	1 669 053
	➔ Variation des revenus reportés	L. 25 C. 2	(581 677)	53 664
	L. 26 C.2	32 830 937	31 286 324	
2	<u>REVENUS DES USAGERS</u>	Page 301		
	➔ CSST physio et ergo	L. 06 C. 3	324	---
	➔ Suppléments de chambre	L. 19 C. 3	75 145	74 439
	➔ Autres responsabilités	L. 22 C. 3	130 354	146 243
	➔ Adultes hébergés - RMAO	L. 24 et 28 C. 3	780 241	803 731
	- RESS.	L. 25 C. 3	582 649	573 055
	INTERM.	L. 26 C. 5	---	20 780
	- RTF	Page 200 L.2 C.1	1 568 713	1 618 248
3	<u>REVENUS VENTES DE SERVICES</u>	Page 650, ligne 18		
	➔ Administration des soins		1 020	2 275
	➔ Alimentation	c/a 6000	124 213	114 719
		c/a 7550	125 233	116 994
	P. 300 L. 12 C. 2			

NOTES	DESCRIPTION	31 MARS 2010	31 MARS 2009
	<u>RECOUVREMENTS DES CENTRES D'ACTIVITÉS</u>		
	➔ Médecins	---	4 546
	➔ Prêt de services	62 691	30 283
	➔ Approvisionnement	---	1 000
	➔ Administration du personnel	14 395	3 946
	➔ Aide à domicile	14 708	11 106
	➔ Inhalothérapie	2 211	425
	➔ Programme canadien nutrition parentale	---	17 288
	➔ Administration services professionnels	1 000	1 000
	➔ Réaffectation CSST	---	10 375
	➔ Administration financière	1 725	1 765
	➔ Résumés de dossiers – Archives	5 841	5 512
	➔ Besoins spéciaux	1 661	1 554
	➔ Transport Centre de jour et repas	13 836	10 128
	➔ Câblovision	---	2 255
	➔ Déchets biomédicaux	210	210
	➔ Laboratoire	---	2 071
	➔ Vieux films – Imagerie médicale	508	546
4	➔ Entretien sanitaire – Osmose	---	11 691
	➔ CLSC	---	30 694
	➔ Préparation pharmaceutique	371 353	2 064
	➔ Fondation OLO	---	4 532
	➔ Physiothérapie - Ergothérapie	12	1 424
	➔ Administration des soins	802	---
	➔ Bloc opératoire	6 866	---
	➔ Santé parentale et infantile	8 213	---
	➔ Prévention et protection santé publique	13 798	---
	➔ Service en santé scolaire	4 645	---
	➔ Laboratoire regroupé	377	---
	➔ Électrophysiologie	69	---
	➔ Hémato-oncologie	4 644	---
	➔ Médecine de jour	11 097	---
	➔ Interventions communautaires	285	---
	➔ Administration services techniques	3 600	---
	➔ Informatique	12 934	---
	➔ Déplacement des bénéficiaires	346	---
	➔ Buanderie	195	---
	➔ Fonctionnement des installations	3 525	---
	➔ Divers	--	751
		561 547	155 166

NOTES	DESCRIPTION	RÉFÉRENCE AS-471	31 MARS 2010	31 MARS 2009
5	<u>MÉDICAMENTS</u>	Page 333		
	➔ Usagers externes	L. 29 C. 1	754 174	153 231
	➔ Usagers hospitalisés	L. 29 C. 2	309 060	322 783
	➔ Usagers hébergés	L. 29 C. 3	131 255	171 900
	➔ CLSC	L. 29 C. 4	58 792	---
	➔ Autres	L. 29 C. 5	---	---
			1 253 281	647 914
6	<u>PRODUITS SANGUINS</u>	Page 332		
	➔ Coût sans incidence sur la trésorerie des culots globulaires utilisés en cours d'année (409 unités)	L. 7 C. 1	512 665	620 176
			512 665	620 176
7	<u>FOURNITURES MÉDICALES ET CHIRURGICALES</u>	Page 340		
	➔ Cathéters	L. 21 C. 2	8 311	22 242
	➔ Sutures mécaniques	L. 22 C. 2	19 052	28 022
	➔ Instruments	L. 23 C. 2	34 814	38 866
	➔ Appareil à soluté	L. 24 C. 2	17 159	13 878
	➔ Autres	L. 25 C. 2	720 209	615 256
			799 545	718 264

## 7.2 Bilan du fonds d'exploitation

Fonds d'exploitation

exercice terminé le 31 mars 2010

BILAN		Exercice courant 1	Exercice précédent 2
<b>ACTIF</b>			
<b>À COURT TERME</b>			
Encaisse.....01		1,101,455	1,545,501
Placements temporaires.....02			
Débiteur-Agence et MSSS.....03		939,588	659,468
Autres débiteurs.....04		336,336	205,924
Charges payées d'avance.....05		352,892	285,055
Stocks.....06		861,320	705,490
Créances interétablissements (préciser).....07			
Créances interfonds.....08			
Autres éléments.....09			
Total de l'actif à court terme (L.01 à L.09).....10		3,591,591	3,401,438
SUBVENTION À RECEVOIR-RÉFORME COMPTABLE.....11		2,706,751	2,649,041
PLACEMENTS À LONG TERME.....12			
AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIF.....13			
TOTAL DE L'ACTIF (L.10 à L.13).....14		6,298,342	6,050,479
<b>PASSIF</b>			
<b>À COURT TERME</b>			
Découvert de banque.....15			
Emprunts temporaires.....16			
Créditeur – Agence et MSSS.....17			
Autres créditeurs.....18		5,168,302	4,831,009
Intérêts courus à payer.....19			
Dettes interétablissements (préciser).....20			
Dettes interfonds.....21		1,237,033	1,930,046
Revenus reportés – activités principales.....22		1,595,332	1,063,801
Revenus reportés – activités accessoires.....23			
Autres éléments (préciser).....24			
TOTAL DU PASSIF À COURT TERME (L.15 à L.24).....25		8,000,667	7,824,856
<b>À LONG TERME</b>			
DETTES À LONG TERME.....26			
AUTRES ÉLÉMENTS DU PASSIF.....27		56,629	55,689
TOTAL DU PASSIF (L.25 + L.26 + L.27).....28		8,057,296	7,880,545
SOLDE DE FONDS.....29		(1,758,954)	(1,830,066)
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29).....30		6,298,342	6,050,479

**SOURCE : Page 241 du rapport financier annuel AS-471**

### 7.3 Variation des revenus reportés

	Destination No 1 1	Destination No 2 2	Destination No 3 3	Destination No 4 4	Total 5
<b>REVENUS REPORTÉS</b>					
Solde au début.....01	517,623				517,623
Montant de l'exercice inscrit à titre de revenus reportés.....02 (voir note 01)	76,355				76,355
Revenus reportés transférés au :					
Fonds d'exploitation :					
Activités principales .....03					
Activités accessoires .....04					
Fonds d'immobilisation.....05	75,194				75,194
Autres fonds (préciser).....06					
Total (L.03 à L.06).....07	75 194				75 194
Solde à la fin (L.10 + L.02 – L.07) 08	518,784				518,784

**SOURCE : Page400 du rapport financier annuel AS-471**

Note 01 EXPLICATION DE LA PAGE 500 LIGNE 02, COLONNE 01

Opération Enfant Soleil	
- Isolette de transport	31 955 \$
- Table chauffante	<u>14 400</u>
	46 355 \$
Fondation Action-Santé	
- Installation tomodensitomètre	<u>30 000</u> \$
	<u>76 355</u> \$

**SOURCE : Page590 du rapport financier annuel AS-471**

**7.4 Résultats et soldes de fonds (source : Rapport financier annuel AS-471, page 260)**

Autres fonds

## RÉSULTATS ET SOLDES DES FONDS

exercice terminé le 31 mars 2010

RÉSULTATS	Revenus réservés	Fonds de dotation Revenus non réservés	Total C1 + C2	Fonds à destination spéciale
	1	2	3	4
<b>REVENUS</b>				
Revenus de placement : .....				
- Intérêts ..... 01				
- Dividendes ..... 02				
Location de biens immeubles ..... 03				XXXX
Gains sur dispositions : .....				
- Placements ..... 04				
- Immobilisations ..... 05				XXXX
Autres revenus (préciser) ..... 06				
TOTAL (L.01 À L.06) ..... 07				
<b>CHARGES</b>				
Frais d'administration ..... 08				XXXX
Frais afférents à la location de biens immeubles ..... 09				XXXX
Intérêts sur emprunts ..... 10				
Pertes sur dispositions : .....				
- Placements ..... 11				
- Immobilisations ..... 12				XXXX
Autres dépenses (préciser) ..... 13				
TOTAL (L.08 À L.13) ..... 14				
EXDÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) (L.07 – L.14) ..... 15				
<b>SOLDE DE FONDS</b>		Fonds de dotation		Fonds à destination spéciale
		Capital période indéterminée	Revenus reportés	
		2	3	4
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT ..... 16			XXXX	
..... 17	XXXX		XXXX	XXXX
..... 18	XXXX		XXXX	XXXX
<b>ADDITIONS (DÉDUCTIONS)</b>				
Exdécent (déficit) des revenus sur les charges ..... 19	XXXX			
Dons d'une fondation :				
- Dons d'immobilisations ..... 20				30,000
- Autres dons ..... 21				
Dons d'autres provenances :				
- Dons d'immobilisations ..... 22				46,355
- Autres dons ..... 23				
Legs ..... 24				
Contribution d'un OBE – activités de stationnement ..... 25	XXXX		XXXX	
Autres contributions : - (préciser) ..... 26				
Autres (préciser) ..... 27				
..... 28	XXXX		XXXX	XXXX
..... 29	XXXX		XXXX	XXXX
..... 30	XXXX		XXXX	XXXX
TOTAL (L.19 À L.30) ..... 31				76,355
MONTANT DE L'EXERCICE VIRÉ À TITRE DE REVENUS REPORTÉS ..... 32		XXXX		(76,355)
VARIATION DE L'EXERCICE DU CAPITAL – PÉRIODE INDÉTERMINÉ ..... 33			XXXX	XXXX
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN – Dotation (L.16 + L.33) ..... 34			XXXX	XXXX
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN – Destination spéciale (L.16 + L.31 + L.32) ..... 35		XXXX	XXXX	0

CODE  
D'ÉTHIQUE  
DU  
CONSEIL  
D'ADMINISTRATION

Centre de santé et de services sociaux  
de La Matapédia



# CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

CSSS de la Matapédia

---

---

Adoptée par le conseil d'administration du CSSS de La Matapédia le 4 juillet 2007

*Note : le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.*

---

---

## TABLE DES MATIÈRES

---

PRÉAMBULE .....	04
DISPOSITIONS GÉNÉRALES .....	04
DEVOIRS ET OBLIGATIONS .....	04
MESURES PRÉVENTIVES INCLUANT LES RÈGLES RELATIVES À LA DÉCLARATION D'INTÉRÊTS .....	07
IDENTIFICATION DE SITUATIONS DE CONFLITS D'INTÉRÊTS .....	08
PRATIQUES RELIÉES À LA RÉMUNÉRATION.....	09
DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT .....	10
MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE .....	11
MISE EN VIGUEUR, ACCESSIBILITÉ ET PUBLICATION DU CODE .....	12
DISPOSITIONS DIVERSES.....	13
ANNEXE A – ENGAGEMENT PERSONNEL	
ANNEXE B – PRESTATION DE DISCRÉTION	

---

## PRÉAMBULE

---

La gestion d'un établissement public représente un contrat social qui impose un lien de confiance particulier entre l'établissement et les citoyens. C'est dans ce contexte et afin de se conformer à la Loi<sup>1</sup> que les membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de la Matapédia adoptent le présent code d'éthique et de déontologie des administrateurs.

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.

Ce code énonce les principales lignes directrices d'éthique et de déontologie auxquelles les administrateurs du Centre de santé et de services sociaux de la Matapédia adhèrent. Il prévoit des règles relatives à la déclaration des intérêts des administrateurs, identifie les situations de conflit d'intérêts et précise les devoirs et obligations des administrateurs pendant et après leur mandat.

---

## DISPOSITIONS GÉNÉRALES

---

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de la Matapédia (ci-après désigné le CSSS) dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

---

## DEVOIRS ET OBLIGATIONS

---

(Article 3.0.4, 2<sup>e</sup> alinéa, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

1. Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux;
2. Le membre du conseil d'administration doit respecter les obligations que la loi, l'acte constitutif et les règlements lui imposent (Article 321 du Code civil du Québec);
3. Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites du pouvoir qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de la population que dessert le CSSS autant que dans celui du CSSS même (Article 174, Loi sur les services de santé et les services sociaux et article 322 du Code civil du Québec);
4. Le membre du conseil d'administration doit assister aux réunions du conseil;
5. Le membre doit participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement;
6. Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction;
7. Le membre du conseil d'administration doit agir avec intégrité, honneur, dignité et probité;

---

<sup>1</sup>. Loi sur le ministère du Conseil exécutif et d'autres dispositions législatives concernant l'éthique et la déontologie (L.Q. 1997, c.6)

8. Le membre du conseil d'administration ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi des autres membres du conseil d'administration ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux;
9. La conduite d'un membre du conseil d'administration doit viser l'objectivité et être empreinte de modération;
10. Le membre du conseil d'administration se rend disponible pour remplir ses fonctions et prend une part active aux décisions du conseil d'administration;
11. Le membre du conseil d'administration doit préserver, le cas échéant, la confidentialité des débats, échanges et discussions;
12. Le membre, avant de prendre parole, doit obtenir du président le droit de parler et, lors de son intervention, doit éviter les écarts de langage et restreindre ses remarques à la question sous considération;
13. Le membre doit s'abstenir de faire du bruit durant les réunions, de causer avec d'autres et doit écouter attentivement, sans l'interrompre, le membre qui a la parole;
14. Le membre doit respecter les opinions émises par les autres membres dans le cadre du déroulement des séances;
15. Le membre doit respecter la confidentialité des échanges effectués lors des séances du conseil d'administration;
16. Le membre doit avoir un sens profond de la solidarité. Il peut s'abstenir de voter, voire même enregistrer sa dissidence sur toute décision à être prise par le conseil d'administration mais, par la suite, il doit se faire un devoir et une obligation de tenir en public des propos conformes avec les décisions prises par le conseil d'administration;
17. Le membre doit considérer que la documentation écrite qui lui est remise est pour son usage personnel dans l'exécution de ses fonctions de membre et qu'il ne lui appartient pas d'en faire la diffusion;
18. Le membre doit assumer son rôle dans le respect de la hiérarchie interne du conseil d'administration et/ou de l'établissement. À cet effet, le membre :
  - 18.1 Doit éviter de discuter de problème(s) de gestion interne avec une ou des personnes à l'emploi de l'établissement, en demandant que tel(s) problème(s) soit (soient) soumis au supérieur immédiat de la ou des personnes concernées;
  - 18.2 Doit recommander à toute personne à l'emploi de l'établissement, demandant à le rencontrer pour discuter d'un sujet relatif à l'établissement, de rencontrer son supérieur immédiat dans l'établissement;
  - 18.3 Doit rapporter au directeur général et/ou au président du conseil d'administration toute question relative à l'établissement qu'il estime être d'intérêt qu'elle soit portée à l'attention du conseil d'administration;
  - 18.4 Doit refuser de participer à toute réunion informelle avec un ou plusieurs membres du conseil d'administration pour discuter d'un ou plusieurs sujets en recommandant que le tout soit discuté lors d'une séance dûment convoquée du conseil d'administration;
  - 18.5 Doit s'efforcer d'avoir des relations harmonieuses avec les autres membres;
  - 18.6 Doit éviter de discréditer les autres membres et/ou le conseil d'administration et/ou l'établissement et/ou son personnel et refuser de participer à tout mouvement, écrit ou action quelconque à cet effet;
  - 18.7 Doit éviter tout acte qui pourrait porter préjudice à l'établissement.
19. Le membre doit agir avec soin, prudence, diligence, compétence, honnêteté et loyauté comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable et dans l'intérêt de l'établissement ou, selon le cas, de l'ensemble des établissements qu'il administre et de la population desservie;

20. Le membre doit faire preuve de rigueur, de prudence et d'indépendance. L'intégrité, le désintéressement, l'impartialité, le dévouement et le désir de respecter les priorités et les orientations de l'établissement sont des qualités qui doivent guider le membre dans l'exercice de sa fonction.
21. Le membre doit éviter toute conduite de nature personnelle ou professionnelle qui risquerait de porter atteinte à la crédibilité de son rôle d'administrateur et entacherait ainsi la réputation de l'établissement. En pareilles circonstances préjudiciables, le membre devrait remettre sa démission.

---

## MESURES PRÉVENTIVES INCLUANT LES RÈGLES RELATIVES À LA DÉCLARATION D'INTÉRÊTS

---

(Article 3.0.4, 2<sup>e</sup> alinéa, paragraphe 1, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

22. Le membre doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférées. Il doit avoir pris connaissance et respecter le présent code d'éthique et de déontologie de l'établissement et doit, à cet effet, signer un engagement personnel contenu à l'annexe A du présent code;
23. Le membre doit dissocier de l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration, la promotion et l'exercice de ses activités professionnelles ou d'affaires. Le membre ne doit pas obéir à des préoccupations personnelles, mais doit toujours rechercher le bien de l'établissement;
24. Le membre doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques. Il doit, à cet effet, transmettre fidèlement les orientations générales de l'établissement, évitant tout commentaire susceptible de porter atteinte à l'intégrité de cet établissement;
25. Le membre doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel. Le membre doit éviter de se placer dans une situation où il peut être amené à choisir entre ses intérêts personnels, de nature pécuniaire ou autre, et l'intérêt de l'établissement;
26. Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement, doit sous peine de déchéance de sa charge, s'abstenir de siéger au conseil et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet de son intérêt est débattue. Il doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général dans les 60 jours suivant son élection ou sa nomination ou dès que sa situation change. Le fait pour un membre d'être actionnaire minoritaire d'une corporation qui exploite une entreprise visée à l'article 5 ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette corporation se transigent dans une bourse reconnue et si le membre en cause ne constitue pas un initié de cette corporation au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières;
27. Le membre doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement;
28. Le membre doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires. Lors de l'attribution de contrats de service, de travail ou d'approvisionnement, tout membre doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général si cela n'est pas inclus dans la déclaration prévue au paragraphe précédent.

---

## IDENTIFICATION DE SITUATIONS DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

---

3 Code d'éthique et de déontologie des  
membres du conseil d'administration

(Article 3.04, 2e alinéa, paragraphe 2, Lois sur le ministère du Conseil exécutif)

29. Le membre doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante. Le membre doit éviter de se placer dans une situation où il peut être amené à choisir entre ses intérêts personnels, de nature pécuniaire ou autre, et l'intérêt de l'établissement;
30. Le membre, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires, de toute communication d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer par écrit, au président du conseil d'administration ou au directeur général, cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause. Le membre doit dénoncer par écrit au président du conseil d'administration ou au directeur général toute situation réelle, potentielle ou apparente de conflit d'intérêts ou toute autre circonstance spéciale qui risque raisonnablement de mettre en doute son impartialité afin que soient prises les mesures propres à sauvegarder l'intérêt de l'établissement;
31. Le membre doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre :
  - 31.1 Est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il puisse être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil puissent en être défavorablement affectés;
  - 31.2 N'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné s'il y trouve un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel :
    - 31.2.1 Possède directement ou indirectement des intérêts de nature pécuniaire ou autre, dans une entreprise qui traite ou est susceptible de traiter avec l'établissement;
    - 31.2.2 Accepte un présent ou un avantage quelconque d'une entreprise qui traite ou est susceptible de traiter avec l'établissement;
    - 31.2.3 Utilise le nom de l'établissement, ses symboles ou emblèmes de même que son rôle à titre de membre à des fins personnelles;
    - 31.2.4 Participe à l'embauche ou à la promotion, à l'établissement, d'un membre de sa famille et/ou d'autres personnes avec qui il est lié;
    - 31.2.5 Utilise à des fins personnelles ou au profit d'un tiers une information de nature confidentielle qu'il a acquise dans l'exercice de ses fonctions à titre de membre;
    - 31.2.6 Aliène, dans le but de s'assurer des considérations présentes et/ou futures, l'indépendance de son rôle au sein du conseil d'administration.
32. Le membre qui ignorait une situation ou une circonstance spéciale qui aurait normalement exigé de lui une dénonciation de conflit d'intérêts doit dénoncer par écrit immédiatement au président du conseil d'administration ou au directeur général cette situation ou cette circonstance spéciale dès qu'elle lui devient connue;
33. Le membre ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt public;
34. Le membre ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait ou qu'il est évident que cet avantage lui est consenti dans le but d'influencer sa décision;
35. Le membre ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui;
36. Dès qu'il perd la qualité nécessaire à sa nomination ou à son élection, un membre doit en aviser le président du conseil d'administration.

---

## PRATIQUES RELIÉES À LA RÉMUNÉRATION

---

(Article 3.0.4, 2<sup>e</sup> alinéa, paragraphe 3, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

37. Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration;
38. Le membre du conseil d'administration utilise les biens, les ressources ou les services du CSSS selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous. Il ne peut confondre les biens du CSSS avec les siens; il ne peut utiliser à son profit ou pour le compte d'autrui les biens du CSSS ou l'information qu'il obtient en raison de ses fonctions d'administrateur. (Article 323 du Code civil du Québec).
39. Le membre du conseil d'administration ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, de toute 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 sont considérés 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 qui compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives;

40. Le membre du conseil d'administration ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions;
41. Le membre du conseil ne reçoit aucun traitement ou autre avantage pécuniaire 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. (Article 165, Loi sur les services de santé et les services sociaux);
42. Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu. (Article 3.0.6, Loi sur le ministère du conseil exécutif).

---

## DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'APRÈS-MANDAT

---

(Article 3.0.4, 2<sup>e</sup> alinéa, paragraphe 4, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

43. Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions d'administrateur;
44. Le membre du conseil d'administration doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateurs ou de nuire aux intérêts du CSSS;
45. Le membre du conseil d'administration s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, de solliciter un emploi auprès du CSSS.

---

## MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

---

(Article 3.0.4, 2<sup>e</sup> alinéa, paragraphe 5, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

46. Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction;
47. Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration;
48. Le président ou le vice-président désigne trois personnes chargées de faire enquête relativement à la situation de comportement susceptible d'être dérogatoire à l'éthique ou à la déontologie;
49. Les personnes visées à l'article précédent peuvent provenir de l'extérieur de la MRC de La Matapédia si le président ou le vice-président l'estiment nécessaire pour assurer la qualité de l'enquête;
50. Le membre qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête;
51. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation;
52. Au terme de leur enquête, les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration;
53. En tenant compte des informations revues et du rapport d'enquête le cas échéant, le président ou le vice-président peut fermer le dossier ou constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne;
54. Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou à celles du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés;
55. Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au présent code, le comité, après avoir entendu l'administrateur concerné, ou à l'expiration du délai dont bénéficie l'administrateur visé, recommande aux membres du conseil d'administration l'imposition d'une sanction;
56. Le conseil d'administration tient une rencontre spéciale à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut assister à la réunion;
57. 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 en déchéance de charge. L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée;
58. Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et imposer les sanctions. (Article 3.0.5, Loi sur le ministère du conseil exécutif);
59. Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de prêter le serment ou faire l'affirmation solennelle. Cette prestation de discrétion se fait selon la formule contenue à l'annexe B du présent code.

---

## MISE EN VIGUEUR, ACCESSIBILITÉ ET PUBLICATION DU CODE

---

(Article 3.0.4, 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> alinéas, Loi sur le ministère du Conseil exécutif)

60. L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration à toute personne qui en fait la demande;
61. L'établissement doit publier, dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration et qu'il est disponible auprès de la direction générale;
62. Le rapport annuel de l'établissement doit faire état :
  - 62.1 Du nombre et de la nature des signalements reçus;
  - 62.2 Du nombre de cas traités et de leur suivi respectif;
  - 62.3 Des décisions prises ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées si sanctions;

Des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchués de leur charge.

---

## DISPOSITIONS DIVERSES

---

63. Le code d'éthique et de déontologie entre en vigueur dès son adoption par le conseil d'administration;
64. Le présent code d'éthique et de déontologie doit être révisé aux trois ans ou lorsque les circonstances le justifient;
65. Il peut être modifié, abrogé ou remplacé après approbation de la majorité des membres du conseil d'administration du CSSS de la Matapédia.

**CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX  
DE LA MATAPÉDIA**

**CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE**

---

**ANNEXE A – ENGAGEMENT PERSONNEL**

**(a. 22 du présent code)**

---

J'ai pris connaissance du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration du Centre de santé et de services sociaux de la Matapédia et je m'engage à m'y conformer.

---

**Signature**

---

**Date**

**CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX  
DE LA MATAPÉDIA**

**CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE**

---

**ANNEXE B – PRESTATION DE DISCRÉTION**

**(a. 59 du présent code)**

---

Je, \_\_\_\_\_, jure (ou affirme solennellement) que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé(e) par la loi, quoique ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de ma charge.

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

---