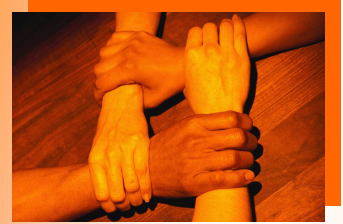




RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2008-2009



Pour vous et avec vous



***Adopté par le conseil d'administration
du Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia
le 18 juin 2009.***

*Conception et montage : Jeannine Desmarais
Mélanie Blanchette*

1.	Message du directeur général et du président du conseil d'administration	8
2.	Déclaration de fiabilité.....	10
3.	Présentation de l'établissement	
3.1	<i>Territoire desservi et caractéristiques de la population</i>	<i>14</i>
3.2	<i>Portrait socio-sanitaire de la population matapédiennne</i>	<i>15</i>
3.3	<i>Description des missions et des installations.....</i>	<i>17</i>
3.4	<i>Cadre de référence organisationnel</i>	<i>19</i>
3.5	<i>Structure de l'organisation</i>	<i>20</i>
3.6	<i>Composition de l'équipe de direction.....</i>	<i>22</i>
3.7	<i>Portrait des ressources humaines</i>	<i>23</i>
3.8	<i>Équipe des bénévoles.....</i>	<i>23</i>
4.	Activités de l'établissement	
4.1	<i>Principales modifications apportées durant l'exercice.....</i>	<i>26</i>
4.2	<i>Orientations stratégiques et priorités d'action</i>	<i>28</i>
4.3	<i>Perspectives organisationnelles 2009-2010.....</i>	<i>31</i>
4.4	<i>Bilan annuel des faits saillants.....</i>	<i>32</i>
4.4.1	<i>Direction générale adjointe</i>	<i>32</i>
4.4.2	<i>Direction des soins infirmiers.....</i>	<i>32</i>
4.4.3	<i>Direction des ressources humaines.....</i>	<i>33</i>
4.4.4	<i>Direction des services professionnels et hospitaliers.....</i>	<i>34</i>
4.4.5	<i>Direction des services à la clientèle.....</i>	<i>35</i>
4.5	<i>Bilan du suivi de l'entente de gestion.....</i>	<i>37</i>
4.6	<i>Agrément du laboratoire.....</i>	<i>44</i>
4.7	<i>Sécurité des soins et services</i>	
4.7.1	<i>Gestion des risques : actions pour la promotion de la déclaration des incidents/accidents</i>	<i>47</i>
4.7.2	<i>Application des mesures de contrôle et d'isolement : principaux constats tirés de l'évaluation annuelle</i>	<i>47</i>
4.8	<i>Traitement des plaintes et promotion des droits : accès de la population au rapport annuel sur la procédure d'examen des plaintes</i>	<i>47</i>
5.	Conseils et comités créés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux	
5.1	<i>Conseil d'administration</i>	
5.1.1	<i>Liste des membres.....</i>	<i>50</i>
5.2	<i>CECII</i>	
5.2.1	<i>Liste des membres</i>	<i>51</i>
5.2.2	<i>Faits saillants issus du rapport annuel</i>	<i>51</i>
5.3	<i>CMDP</i>	
5.3.1	<i>Liste des membres</i>	<i>53</i>
5.3.2	<i>Faits saillants issus du rapport annuel</i>	<i>55</i>

5.4	<i>Comité de vigilance et de la qualité</i>	
5.4.1	<i>Liste des membres</i>	62
5.4.2	<i>Suites apportées aux recommandations du commissaire local</i>	62
5.5	<i>Comité des usagers et comité des résidents</i>	
5.5.1	<i>Liste des membres</i>	66
5.5.2	<i>Faits saillants du rapport annuel</i>	66
5.5.3	<i>Suites apportées par le conseil d'administration</i>	67
5.6	<i>Comité de gestion des risques</i>	
5.6.1	<i>Liste des membres</i>	69
5.6.2	<i>Principaux risques d'incidents/accidents</i>	69
5.6.3	<i>Types d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance systématique</i>	70
5.7	<i>Conseil multidisciplinaire</i>	71
6.	<i>États financiers et analyse des résultats des opérations</i>	
6.1	<i>États des résultats du fonds d'exploitation</i>	74
6.2	<i>Bilan du fonds d'exploitation</i>	78
6.3	<i>Variation des revenus reportés</i>	79
6.4	<i>Résultats et soldes des fonds</i>	80
7.	<i>Code d'éthique et de déontologie des administrateurs</i>	81



Le 18 juin 2009

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

Monsieur Claude Lévesque
Président directeur général
ASSS-01
288, rue Pierre-Saindon, 1^{er} étage
Rimouski (Québec) G5L 9A8

Monsieur le ministre,
Monsieur le président-directeur général,

Une autre année s'est écoulée et comme le veut la tradition et les obligations légales, il nous fait plaisir de vous transmettre le rapport annuel de gestion du CSSS de la Matapédia pour l'exercice financier terminé le 31 mars 2009, 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 structures nécessaires afin de poursuivre l'amélioration de l'accès, de la continuité et de la qualité des services offerts à la population de son territoire.

L'exercice financier 2008-2009 aura été marqué, entre autres, par l'arrivée d'un nouveau directeur général, par l'amorce d'un exercice de réalignement stratégique visant principalement à offrir sur place une gamme de services de soins de santé de qualité adaptés aux besoins évolutifs de la population, et à positionner le CSSS de La Matapédia sur l'échiquier local et régional du réseau de la santé et des services sociaux.

Plusieurs projets d'importance ont connu leur conclusion en 2008-2009. Pensons principalement au renouvellement du tomodensitomètre, à la réalisation en cours des travaux de rénovation fonctionnelles des espaces laissés vacants par la transformation de l'offre de service aux personnes âgées, au lancement du projet de chauffage à la biomasse, à l'amorce des travaux visant la réorganisation du travail clinique en milieu institutionnel et au développement des services d'oncologie. Ce ne sont là que quelques projets sur lesquels le CSSS de La Matapédia prend appui pour améliorer son offre de service de santé et de services sociaux à la population matapédienne.

Les résultats observés en 2008-2009 démontrent une amélioration significative en matière d'accessibilité de services. En effet, en analysant les cibles de résultats découlant de l'entente de gestion, nous constatons une variation positive dans plusieurs secteurs d'activités. Encore cette année, nous avons pu terminer l'exercice financier avec un léger surplus grâce à la mobilisation et aux efforts concertés de nos intervenants.

...2

Nous avons poursuivi et consolidé nos travaux visant l'amélioration de la qualité de nos services en mettant en œuvre les mécanismes de gouvernance clinique, en actualisant les recommandations découlant de la visite d'agrément, en contribuant aux travaux du comité de vigilance et en exerçant un suivi régulier et soutenu de la gestion des risques. Certes un pas sécurisant vers l'amorce d'une véritable culture qualité dans notre organisation.

L'année financière qui vient de se terminer aura été marquée également par la réalisation d'une série d'ententes avec nos partenaires de l'éducation permettant de contrer les effets anticipés de pénurie de main d'œuvre en soins infirmiers et consolider ainsi les mécanismes de réseautage externe propres à notre milieu. Malgré les efforts de recrutement effectués, nous devons régulièrement contraindre le personnel clinique à poursuivre le travail en temps supplémentaire afin de maintenir l'offre de service, ce qui suscite beaucoup d'irritants justifiés de la part du personnel.

Fort de l'appui inconditionnel du personnel, des médecins et des administrateurs oeuvrant au CSSS de La Matapédia, notre organisation a poursuivi sa lancée de visibilité externe auprès de la communauté matapédienne de façon à démontrer toute la cohérence dans la contribution d'un milieu vitalisé et en santé.

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

- ❖ l'amélioration de l'accès et de la qualité des services offerts;
- ❖ la consolidation de l'offre de service;
- ❖ les efforts de recrutement;
- ❖ l'amélioration du climat de travail;
- ❖ l'efficacité globale;
- ❖ le réalignment stratégique de notre CSSS.

En terminant, nous voudrions remercier tous les intervenants impliqués dans notre organisation qui, jour après jour, contribuent significativement à l'amélioration de l'état de santé et du mieux être de notre population.

Nous vous souhaitons, Monsieur le ministre, Monsieur le président-directeur général une agréable lecture du rapport annuel de gestion 2008-2009 du CSSS de La Matapédia et vous prions d'accepter l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Original signé par :

Roger Blanchette
Président du conseil d'administration

Original signé par :

Alain Paquet
Directeur général

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 2008-2009 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 2009.

Original signé par :
Alain Paquet
Directeur général

Centre de santé et de services sociaux
de La Matapédia



PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

3.1 Territoire desservi et caractéristiques de la population

Les données du recensement démographique de 2006 indiquent que le bassin de la population de la MRC de La Matapédia s'élève à 19 108 personnes (les projections pour 2008 étaient de 19 077 personnes), réparties dans 18 municipalités. Le CSSS de La Matapédia dessert toutes les clientèles qui requièrent des services de santé ou des services sociaux en provenance des diverses municipalités du territoire de la MRC, lequel couvre une superficie totale de 5 375,03 km², et dont la densité d'occupation est de 3,6 habitants par kilomètre carré.¹

Voici la répartition des 19 108 personnes qui composent la population matapédienne, selon les groupes d'âge :

<i>Groupe d'âge</i>	<i>Nombre de personnes</i>
0-14 ans	2880
15-24 ans	2339
25-44 ans	4181
45-64 ans	6414
65 ans et plus	3294

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 6000 habitants. Les municipalités de Sayabec et de Causapscal affichent respectivement une population de près de 2 000 et de 2 500 personnes, alors que trois autres municipalités, Lac-au-Saumon, St-Léon-le-Grand et Val Brillant, comprennent entre 1 000 et près de 1 500 habitants. Ces villes et villages s'intègrent harmonieusement au paysage rural et verdoyant qui caractérise la Vallée de La Matapédia, auquel se greffent douze (12) petites municipalités de moins de 500 habitants, distancées d'environ dix kilomètres les unes des autres.

¹ Institut de la statistique du Québec Recensement juin 2006

3.2 Portrait socio-sanitaire de la population matapédienne

L'espérance de vie moyenne à la naissance des hommes et des femmes de La Matapédia est de 79,6 ans. Des moyennes obtenues par les matapédiens selon divers indices reliés à la santé, aux habitudes de vie, au niveau de scolarité ainsi qu'aux indicateurs socio-économiques nous informent, à l'aide du tableau suivant, du positionnement de la population de La Matapédia par rapport aux moyennes de la population du Bas St-Laurent et de celle de l'ensemble du Québec¹ :

Indice ou caractéristique	Par rapport au Bas St-Laurent et à l'ensemble du Québec, la proportion de la population matapédienne est :	
	Inférieure	Supérieure
Incapacités qui affectent les personnes de tous les âges		✓
Excès de poids (IMC=25 à 29.9) et obésité (IMC=30+) chez les 18 ans et plus		✓
Fumeurs réguliers et occasionnels	✓	
Blessés graves suite à un accident de la route		✓
Enfants de 5 ans à risque élevé de développer la carie dentaire en dentition primaire		✓
Naissances de faible poids (-2500 g)		✓
Allaitement pendant et après le séjour au service de maternité	✓	
Décrochage scolaire au secondaire	✓	
Signalements reçus et signalements retenus à la Protection de la Jeunesse		✓
Taux d'emploi chez les 15 ans et plus	✓	
Revenus moyens des ménages en 2005	✓	
Familles monoparentales avec enfants de moins de 18 ans	✓	
Niveau de scolarité des matapédiens âgés de 25 à 64 ans		
Diplôme d'études secondaires, d'apprenti, ou d'une école de métiers		✓
Diplôme d'un collège ou CÉGEP	✓	
Diplôme ou grade universitaire	✓	

1 : fiche socio-sanitaire d'avril 2009 du réseau local de services de la Matapédia , ASSS

En ce qui a trait aux problèmes de santé et aux maladies chroniques :

- ❖ Les types de cancer ayant eu une incidence plus élevée (2003 à 2005) ont été le cancer du poumon et ensuite le cancer colorectal;
- ❖ Les principaux problèmes de santé observés dans La Matapédia sont, par ordre d'importance :
 - Les allergies autres qu'alimentaires
 - L'hypertension
 - Les maux de dos
 - L'arthrite ou les rhumatismes
 - Les migraines
 - L'asthme
 - Les maladies cardiaques
 - Le diabète
 - L'emphysème et les bronchites chroniques

Concernant l'état de santé mentale des matapédiens :

- ❖ 2,6% représente la proportion de la population de 12 ans et plus affichant une probabilité élevée de détresse psychologique. Ce taux est inférieur à ceux du Bas St-Laurent et du Québec;
- ❖ 94,9% représente la proportion de la population des personnes de 12 ans et plus qui se dit satisfaite ou très satisfaite de leur vie en général, ce qui représente un taux supérieur à ceux du Bas St-Laurent et du Québec.

Chez les personnes de 65 ans et plus :

- ❖ La proportion de la population qui reçoit le supplément de revenu garanti est supérieure à celle du Bas St-Laurent et du Québec.

Chez les personnes de 75 ans et moins, les principales causes de mortalité prématurée (2003 à 2005) sont les suivantes, par ordre d'importance :

- ❖ Les tumeurs
- ❖ Les maladies de l'appareil circulatoire
- ❖ Les traumatismes et empoisonnements
- ❖ Les maladies de l'appareil respiratoire
- ❖ Les maladies du système nerveux
- ❖ Les autres causes
- ❖ Les maladies de l'appareil digestif

Le nombre total moyen annuel de décès associé aux causes énumérées ci-dessus s'élève à 66 dans La Matapédia.

3.3 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 ces services de première ligne sur tout le territoire de La Matapédia, où se déploient trois points de service à Amqui, à Causapscal et à 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 réservés pour l'hébergement de transition et l'hébergement temporaire, tandis qu'un certain nombre de places sont projetées pour des missions spécifiques, notamment pour les soins de d'hébergement de fin de vie ainsi que pour la réadaptation requise après un séjour en milieu hospitalier.

❖ 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.

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.

3.4 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 **un énoncé de vision** fondé sur des assises telles que :

- ❖ *L'efficacité de nos services de base qui sont accessibles, continus et de qualité;*
- ❖ *L'arrimage de nos services avec le réseau local matapédien de services intégrés;*
- ❖ *La coresponsabilité des parties dans la promotion de la santé et du mieux-être de la communauté;*
- ❖ *La perspective globale de l'organisation est orientée vers l'avenir.*

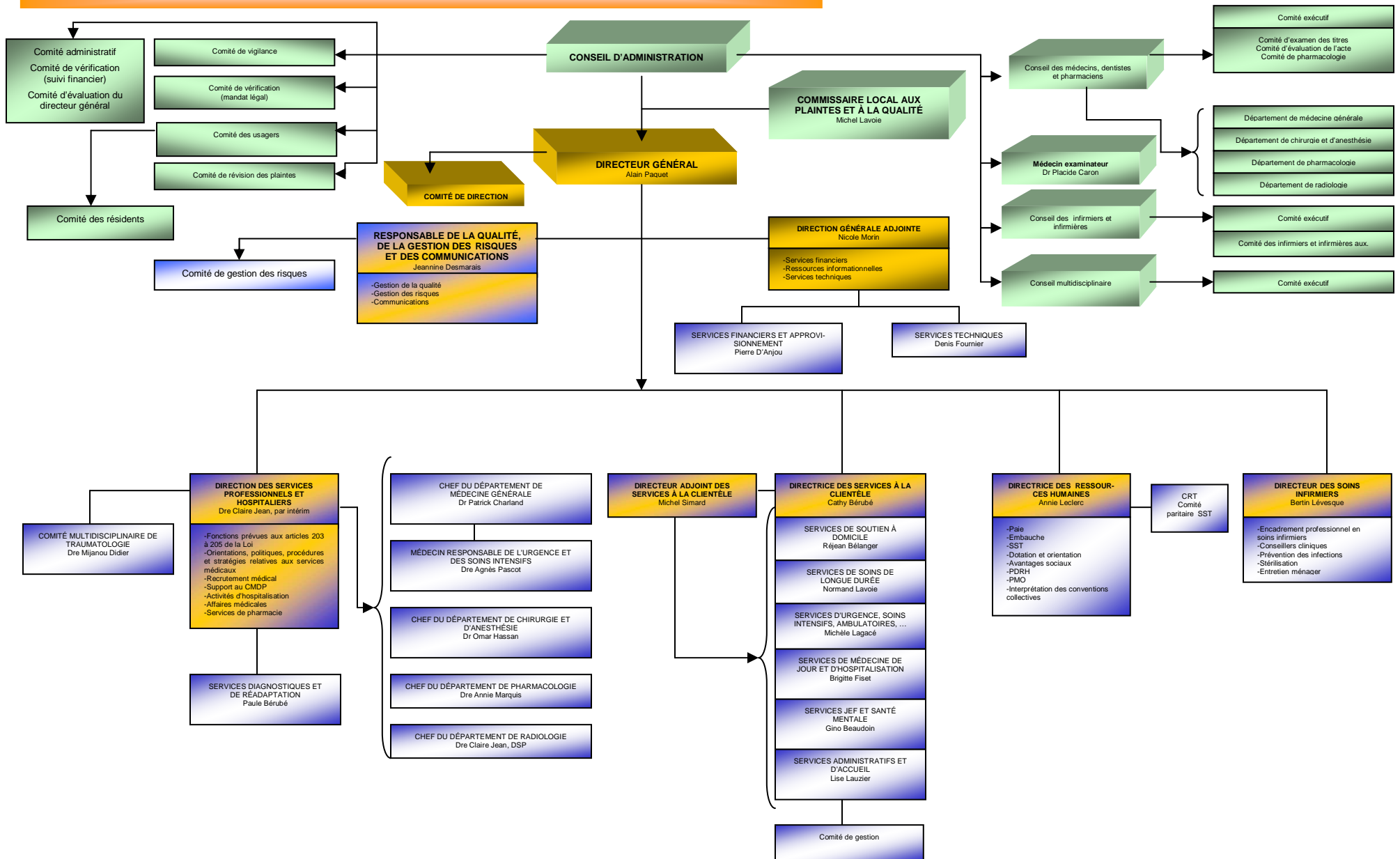
De cette vision découlent nos **valeurs organisationnelles**, qui servent de repère dans la dispensation de l'offre de service de l'établissement. Ainsi, nous avons la conviction que le **respect**, la **qualité**, la **compétence** et l'**entraide** constituent de précieux guides dans toutes les formes d'interventions que nous réalisons au quotidien.

Notre **philosophie de gestion**, appuyée sur notre vision et sur nos valeurs, est basée sur le service à la clientèle qui est au centre des préoccupations de l'ensemble des intervenants, ainsi que sur l'imputabilité et l'implication responsable de tous les membres de l'organisation, dans une approche de transparence et d'ouverture sur la communauté.

Les **principes directeurs** qui sous-tendent notre philosophie sont :

- ❖ *L'accessibilité*
- ❖ *La complémentarité*
- ❖ *La continuité*
- ❖ *La qualité*

3.5 Structure de l'organisation



3.6 Composition de l'équipe de direction

Au 31 mars 2009, la composition de l'équipe de direction était la suivante :

Direction générale	
Alain Paquet Nicole Morin	Directeur général Directrice générale adjointe
Cadres supérieurs	
Bérubé, Cathy	Directrice des services à la clientèle
Jean, Dr Claire	Directrice des services professionnels (par intérim)
Leclerc, Annie	Directrice des ressources humaines
Lévesque, Bertin	Directeur des soins infirmiers
Simard, Michel	Directeur adjoint des services à la clientèle
Cadres intermédiaires	
Beaudoin, Gino	Chef des Services Jeunesse-Enfance-Familles et Santé mentale
Bélanger, Réjean	Chef des Services de soutien à domicile
Bérubé, Paule	Chef des Services diagnostiques et de réadaptation
D'Anjou, Pierre	Chef des Services financiers et approvisionnement
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 Services d'urgence, soins intensifs, soins ambulatoires, service santé courant et salle d'opération
Lavoie, Normand	Chef des Services de soins de longue durée
Lauzier, Lise	Chef des Services administratifs et d'accueil
Fiset, Brigitte	Chef des Services de médecine de jour et d'hospitalisation

3.7 Portrait des ressources humaines

En date du 31 mars 2009, notre plan d'effectifs était réparti comme suit :

Personnel cadre	
2008-2009	16
2007-2008	15
Personnel régulier	
2008-2009	195
2007-2008	163
Personnel non-détenteur de poste	
2008-2009	93
2007-2008	80
Personnel à temps partiel	
2008-2009	201
2007-2008	198

3.8 Équipe des 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	15
Pastorale (hôpital et RMAO)	30

ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT



4.1 Principales modifications apportées durant l'exercice

Au cours de l'exercice 2008-2009, certains éléments nouveaux ont ponctué le parcours de l'organisation. Voici ces principaux développements:

- ❖ **Le déménagement du point de service du CLSC d'Amqui** dans des locaux aménagés au 3^e étage de l'hôpital a permis d'améliorer l'efficacité de certains services, tel l'accueil, l'évaluation et l'orientation des cas sociaux. La nouvelle localisation de ce service ainsi que l'aménagement d'un horaire étendu aux fins de semaine ont permis une meilleure couverture des besoins de la population;
- ❖ **Les travaux au Pavillon Blouin**, au 1^e étage de l'hôpital, ont débuté en mars 2009. Dans une première phase, il est prévu d'y aménager les locaux d'oncologie et dans une deuxième étape, ceux de la gériatrie interne et externe;
- ❖ **Le développement accru des services en oncologie** permet à présent d'offrir directement à l'hôpital d'Amqui plus de vingt-cinq traitements à la population matapédienne atteinte de cancer. Auparavant, cette clientèle devait se déplacer à Rimouski pour recevoir des traitements;
- ❖ **Un exercice de positionnement stratégique** du CSSS de La Matapédia a débuté au cours de l'année financière. Une consultation menée auprès de l'ensemble des employés a permis de poser les premiers jalons pour une définition concertée des orientations stratégiques qui seront à privilégier pour les prochaines années;
- ❖ **L'adhésion du CSSS de La Matapédia à la Vision matapédienne 2007-2025** s'est concrétisée par le partenariat du CSSS avec l'intersectoriel et le communautaire, afin de définir une vision concertée visant à bâtir une Matapédia confiante, solidaire et agissante;
- ❖ **Des exercices de visibilité du CSSS de La Matapédia ont été effectués en cours d'année**, tant à l'interne (rencontres avec le personnel des trois missions) qu'à l'externe (implication des intervenants dans la première édition locale de la Semaine québécoise des personnes handicapées, représentation auprès de groupes et d'organismes de la communauté);
- ❖ **Un projet pilote visant à diminuer la négligence à l'endroit des enfants** âgés entre 1 an et 11 ans a été élaboré conjointement par le CSSS de La Matapédia, le Centre Jeunesse et l'Agence de santé et de services sociaux;
- ❖ **Une amélioration de l'accessibilité aux services** s'est traduite notamment par l'augmentation de l'offre de service en chirurgie et en radiologie;
- ❖ **L'achat d'un nouveau tomодensitomètre** est venu bonifier l'offre des services radiologiques, en offrant à la population matapédienne un équipement moderne et de haute technologie;

- ❖ **La réorganisation du travail à la RMAO** a débuté en cours d'année grâce à l'obtention d'une subvention ministérielle de l'ordre de 400 000\$. Le projet vise l'utilisation optimale des compétences cliniques;
- ❖ **Un plan d'accès a été élaboré en déficience intellectuelle et en déficience physique** afin d'assurer l'actualisation des travaux dans ce secteur;
- ❖ **Le deuxième processus d'agrément de l'établissement** a débuté en cours d'année avec l'implantation des premières étapes du programme QMentum, notamment la formation des équipes d'agrément;
- ❖ **Le code d'éthique de l'établissement** a été révisé en profondeur; l'adoption du nouveau code d'éthique a été effectuée en mars 2009 au Conseil d'administration;
- ❖ **Un plan de sécurité civile** pour l'ensemble de l'établissement a été élaboré par la firme Prudent et est fonctionnel depuis juin 2008.

4.2 Orientations stratégiques et priorités d'action

Un chantier est à l'œuvre pour la mise à jour des orientations de l'établissement. À cette date, les orientations générales de notre établissement sont les suivantes :

Des services axés sur la politique québécoise de santé et de bien-être :

- ❖ orienter nos actions en fonction des déterminants de la santé;
- ❖ axer nos interventions vers la promotion et la prévention de la santé, le dépistage et l'intervention précoce à travers nos trois missions;
- ❖ favoriser l'utilisation des services les plus légers, les alternatives à l'institutionnalisation et l'accessibilité le plus près possible des milieux de vie.

Un réseau de soins et services de base intégrés, pertinents et accessibles dans la MRC :

- ❖ consolider et développer dans notre MRC des services préventifs, curatifs et de réadaptation dans la communauté et en milieu institutionnel en fonction des besoins de la population et des ressources disponibles;
- ❖ promouvoir des rôles complémentaires et des services en continuité entre les trois missions;
- ❖ rendre accessible une gamme de services et d'ententes spécialisés par des protocoles de collaboration et d'entente, et des corridors de service avec les établissements qui ont des mandats de services secondaires et tertiaires.

Adaptation des pratiques professionnelles et de l'efficacité dans la prestation des services :

- ❖ assurer dans la communauté des services de qualité et une utilisation efficace des ressources;
- ❖ assurer l'utilisation des nouvelles technologies dans un souci de qualité et d'efficacité;
- ❖ assurer une ouverture à l'interdisciplinarité;
- ❖ centrer l'organisation sur les besoins et les services à la clientèle et non sur les structures;
- ❖ encourager la complémentarité des rôles dans la spécificité de la culture de chacun des centres exploités.

De façon plus spécifique, nous avons défini des orientations stratégiques pour 2005-2010 et des priorités d'actions y sont rattachées. Les voici détaillées :

Orientation stratégique no 1 :

Instaurer une véritable culture de sécurité organisationnelle et consolider le système intégré de gestion de la qualité et de gestion des risques.

Priorités d'action :

- ❖ mener à bien et à terme le processus cyclique de l'agrément de l'établissement;
- ❖ procéder à la mise en œuvre des mécanismes de gestion des risques prévus à nos règlements et à nos politiques;
- ❖ réactiver le conseil multidisciplinaire de manière à ce que les responsabilités prévues à la loi soient assumées; réunion de constitution effectuée le 10 juin 2009.

Orientation stratégique no 2 :

Adapter l'offre de service du CSSS de La Matapédia en fonction de l'évolution des besoins de la population.

Priorités d'action :

- ❖ poursuivre l'implantation de l'approche prothétique élargie (APE) en longue durée dans le cadre du projet de réorganisation du travail;
- ❖ augmenter l'intensité des services de soutien à domicile dispensés à toutes les clientes, peu importe leur milieu de vie, de manière à retarder et à réduire le recours à l'hébergement institutionnel. L'ajustement continu est à actualiser;
- ❖ réviser le programme de gériatrie en fonction des besoins de la population à desservir et de l'état actuel des connaissances dans ce domaine;
- ❖ intégrer les services internes et externes en gériatrie;
- ❖ réviser l'offre de services en périnatalité (pré-per-post) en fonction des exigences professionnelles propres à ce secteur et des prévisions de volume de clientèle à desservir dans les prochaines années.

Orientation stratégique no 3

Assurer l'accès aux ressources professionnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de l'établissement.

Priorités d'action :

- ❖ poursuivre l'exercice de la PMO en soins infirmiers dans nos missions CHSLD et CLSC; ajustement continu à actualiser;
- ❖ mener un exercice PMO dans les autres titres d'emploi, pour toutes nos missions; (en cours d'actualisation)

- ❖ *consolider notre équipe en omnipratique et en chirurgie; (88% en omnipratique et 100% en chirurgie générale) :*
 - *rehaussement de la présence sur place en radiologie;*
 - *stabilité en anesthésiologie;*
 - *effort de recrutement pour assurer la relève;*
 - *début des démarches de recrutement en médecine interne;*
- ❖ *accompagner les finissants et finissantes en soins infirmiers, de manière à assurer leur intégration dans notre environnement clinique, qui est différent de celui dans lequel ils ont effectué leur formation;*
- ❖ *mettre en œuvre la gouvernance clinique permettant d'identifier et de mettre en place des mécanismes d'évaluation et de développement des compétences de notre personnel clinique.*

Orientation stratégique no 4

Mettre en place un réseau de services intégrés à l'intention de la population de La Matapédia.

Priorités d'action :

- ❖ *adopter les plans d'action dans les quatre projets cliniques priorisés par le ministre (actualisation en cours);*
- ❖ *élaborer la programmation de notre offre de services en soins palliatifs (début de la mise en œuvre en juin 2009);*
- ❖ *conclure et actualiser des ententes de partenariat et de continuité de services avec :*
 - *le GMF et autres médecins en cabinet privé*
 - *le CSSS Rimouski-Neigette*
 - *les organismes communautaires locaux et régionaux*
 - *les établissements régionaux de 2^e ligne et les établissements de 3^e ligne membres du RUIS de l'Université Laval;*
 - *les réseaux publics, éducation, municipal, justice et autres.*
- ❖ *Actualiser la révision de l'ensemble de nos processus et structures d'accueil afin d'en améliorer l'accès, l'intégration et l'efficacité;*
- ❖ *Amorcer la mise en place des outils informatisés de gestion du dossier client inter opérable et intégrer les différents dossiers clients détenus dans les missions CHSLD, CHSGS et CLSC;*
- ❖ *Relocaliser le point de service d'Amqui du CLSC dans les locaux de l'hôpital, soit au 135 avenue Gaétan-Achambault, afin d'améliorer l'intégration des services entre la mission du CLSC et la mission du CHSGS (réalisé);*
- ❖ *évaluer et intégrer nos fonctions d'accueil, évaluation et orientation (AEO) dans un objectif de mise en place d'un guichet unique (réalisé en septembre 2008).*

Orientation stratégique no 5

Améliorer la performance globale de l'établissement.

Priorités d'action :

- ❖ *améliorer nos mécanismes d'évaluation objective des résultats des services que nous offrons;*
- ❖ *réaliser la réorganisation du travail et la révision du processus en pharmacie;*
- ❖ *réaliser la révision du travail et l'amélioration de la performance en radiologie lorsque le plan d'effectifs de cette spécialité sera comblé;*
- ❖ *maintenir l'équilibre budgétaire;*
- ❖ *réviser notre PFT en y intégrant les besoins du bloc opératoire, de la pharmacie, de la centrale de stérilisation, des services de réadaptation et des services d'accueil;*
- ❖ *mettre en place un projet de chauffage à la biomasse permettant d'assurer une gestion efficiente de la consommation d'énergie de l'établissement et défendre les impacts des politiques énergétiques sur le fonctionnement (début du projet en juin 2009).*

4.3 Perspectives organisationnelles 2009-2010

4.3.1 Perspectives organisationnelles 2009-2010

Nous reprendrons dans cette section les principaux éléments présentés dans la lettre du président et du directeur général. En effet, au cours de la prochaine année, soit l'exercice financier 2009-2010, nos travaux porteront principalement sur :

- ❖ le réaligement stratégique de notre CSSS;
- ❖ la consolidation de l'offre de service globale en matière de soins et de services de santé à la population matapédienne;
- ❖ l'amélioration de l'accès et de la qualité des services offerts;
- ❖ les efforts de recrutement;
- ❖ l'amélioration du climat de travail;
- ❖ l'efficacité globale de notre organisation;
- ❖ la fin des travaux de rénovation fonctionnelle des espaces situés au premier étage de l'hôpital d'Amqui;
- ❖ la réalisation des travaux relatifs au projet de chauffage à la biomasse forestière de l'hôpital d'Amqui;
- ❖ la suite de la mise en œuvre du plan de communication interne et externe du CSSS de La Matapédia;
- ❖ le réseautage intersectoriel;

Voilà un court résumé des principaux dossiers et chantiers de travail qui, nous l'espérons, mobilisera l'ensemble de nos intervenants vers l'atteinte des résultats anticipés.

4.4 Bilan annuel des faits saillants

Au cours de l'année financière 2008-2009, l'organisation s'est démarquée par divers éléments qui sont venus bonifier l'offre de service et appuyer nos quatre (4) principes directeurs. Dans le texte qui suit, chacune des directions de l'établissement énonce les faits marquants pour l'année financière.

4.4.1 Direction générale adjointe

- ❖ Support stratégique aux objectifs organisationnels;
- ❖ Travaux entourant le maintien de l'équilibre budgétaire de l'établissement, pour une troisième année;
- ❖ Coordination du processus d'achat d'équipements :
 - Équipements médicaux spécialisés;
 - Tomodensitomètre;
 - Parc de lits électriques;
 - Petits équipements;
- ❖ Actualisation des travaux de sécurité des actifs informationnels;
- ❖ Coordination du budget de maintien des actifs;
- ❖ Coordination du plan d'améliorations fonctionnelles mineures en CHSLD.

4.4.2 Direction des soins infirmiers

- ❖ Élaboration d'une gouverne clinique en soins infirmiers :
 - Révision des pratiques de gestion et dotation de modes de fonctionnement formels, structurés et réguliers en ce qui a trait à l'encadrement du personnel clinique;
 - Mise en application de la gouvernance selon un plan d'action et un plan de communication;
 - Création d'un nouveau poste de conseillère clinique;
- ❖ Consolidation de l'application du protocole des mesures d'utilisation de la force, de l'isolement et de tout moyen mécanique de contrôle d'une personne;
- ❖ Implantation du modèle conceptuel McGill et du Plan thérapeutique Infirmier au module de courte durée, à l'urgence/soins intensifs et en soutien à domicile;
- ❖ Réorganisation du travail au service d'hygiène et salubrité :
 - Révision complète des circuits de travail selon les procédures prescrites dans les lignes directrices en hygiène et salubrité (MSSS, 2006);
- ❖ Élaboration et mise en œuvre d'un programme relatif aux infections nosocomiales comprenant les activités suivantes : surveillance, prévention et contrôle, éducation et formation, évaluation, communication, information ainsi que la gestion des éclosions;
- ❖ Élaboration et application d'une politique et d'une procédure concernant les mesures de prévention des infections lors de travaux de rénovation ou de construction;
- ❖ Élaboration d'un protocole de surveillance lors de l'administration d'un médicament analgésique avec effet sur le système nerveux central;
- ❖ Révision des circuits de travail au service de stérilisation;

- ❖ Support à la réorganisation du travail aux services d'urgence et soins intensifs :
 - Intégration des infirmières auxiliaires à l'urgence;
- ❖ Support à la réorganisation du travail des services en CHSLD :
 - Révision des ratios infirmières/infirmières auxiliaires/préposés aux bénéficiaires selon la répartition de la clientèle;
- ❖ Implantation d'un projet d'externat en soins infirmiers et d'un projet de mentorat à l'urgence et en obstétrique;
- ❖ Révision de la procédure de décès;
- ❖ Réalisation d'un exercice de vaccination de masse en novembre 2008.

4.4.3 Direction des ressources humaines

- ❖ Mise en application du processus de titularisation à compter du 14 septembre 2008 à l'intention des infirmières et des infirmières auxiliaires;
- ❖ Application du cadre normatif du MSSS afin de se conformer à la nomenclature des titres d'emploi et des centres d'activités;
- ❖ Planification d'un programme d'activités de reconnaissance des employés échelonnées sur deux semaines, 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 œuvres artistiques des employés, «ARTISANTÉ »;*
 - *Kiosque sur la qualité de vie au travail;*
 - *Présentation au conseil d'administration d'une initiative novatrice au CSSS;*
 - *Massages sur chaise offerts à trente (30) employés;*
 - *Démonstration de Tai Chi par deux membres du personnel;*
 - *Placements publicitaires dans des journaux de la région et entrevues à la radio par des employés sous le thème régional « Des gens de cœur au service de la population »;*
- ❖ Mise en œuvre de moyens pour faciliter le recrutement du personnel, notamment dans le titre d'emploi d'infirmière :
 - 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
- ❖ 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, ce qui a obligé les gestionnaires à s'investir de plus en plus dans la gestion quotidienne des ressources humaines;
- ❖ Implication au Comité directeur du projet en soins de longue durée;
- ❖ Application de mesures incitatives mises en place à l'été 2008 pour permettre aux salariés de recevoir des primes (quart de travail supplémentaire, deuxième fin de semaine consécutive) et ce, afin de répondre à des besoins non comblés. Ces mesures seront reconduites à l'été 2009.

4.4.4 Direction des services professionnels et hospitaliers

- ❖ Consolidation des travaux de première ligne à l'unité de courte durée gériatrique;
- ❖ Amorçage de la mise en place d'une gouvernance médicale;
- ❖ Développement d'alliances stratégiques dans les volets des responsabilités médicales et de gestion;
- ❖ Préparation d'un programme de recrutement de spécialistes en lien avec le Plan régional d'effectifs médicaux;
- ❖ Étude sur les principes actifs pour la clientèle en longue durée menée en interdisciplinarité par le médecin consultant en gériatrie, le personnel de la pharmacie et le personnel infirmier;
- ❖ Support aux travaux du CMDP.

Les services diagnostiques et de réadaptation présentent les caractéristiques les plus marquantes de ses différents services pour l'exercice 2008-2009 :

Ergothérapie :

- Révision de l'offre de service;
- Visite de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec;
- Réduction des listes d'attente dans tous les programmes en raison du plan d'effectif complet;
- Mise à jour des procédures en vigueur dans ce service;
- Création d'une fonction sur I-CLSC pour le suivi de l'évolution des listes d'attente.

Physiothérapie :

- Démarche pour le recrutement et la relève de la main d'œuvre;
- Révision des plans de la clinique externe qui sera localisée dans le futur au 1^e étage de l'hôpital;
- Mise à jour des listes d'attente pour la clientèle desservie en clinique externe;
- Amorçage de l'analyse de l'offre de services en vue de répondre aux besoins des usagers dans le cadre des différents programmes (CHCD, UCDG, SEGA, clinique externe, domicile).

Inhalothérapie :

- Amélioration de l'accès aux services : le test de fonction respiratoire est à présent disponible au CSSS de La Matapédia. Auparavant la clientèle devait se déplacer au CSSS Rimouski-Neigette;
- Démarches de rétention et d'attraction de la main-d'œuvre;
- Transfert de la clientèle asthmatique et atteinte de maladie pulmonaire chronique au service d'inhalothérapie.

Nutrition clinique :

- Visite de l'Ordre des nutritionnistes du Québec;
- Interventions de promotion et de prévention dans la communauté (programme ALI-GO en milieu scolaire, élaboration d'un livre de recettes au profit de la Fondation Action santé, rencontres avec des groupes de parents, conférence en milieu scolaire, etc);
- Implantation des aliments EPIKURA à l'intention des personnes dysphagiques.

Imagerie médicale :

- Démarches entourant le renouvellement de l'appareil de tomodensitométrie;
- Travaux préparatoires à la migration du système d'archive et de communication vers le système national;
- Démarche de planification du renouvellement de la main-d'œuvre.

Archives :

- Révision de l'ensemble des politiques, procédures et règlements reliés à la tenue du dossier en suivi aux recommandations du conseil québécois d'agrément;
- Révision du calendrier de conservation et dépôt aux archives nationales;
- Rapatriement des archives du point de service du CLSC d'Amqui au CH avec création d'archives satellites à proximité des locaux du CLSC au 3^e du CH;
- Implantation de la note évolutive informatisée, du prêt de dossier informatisé et de la gestion des rendez-vous informatisée pour les prélèvements;
- Début des travaux en vue de l'implantation d'un numéro de dossier unique (CH, CLSC) pour les usagers du CSSS de la Matapédia.

Laboratoire :

- Visite du Bureau de normalisation du Québec (BNQ) et évaluation de cinq (5) exigences sur huit (8), dont quatre (4) sur sept (7) jugées conformes et nécessitant des ajustements;
- Acquisition de l'appareil analyseur qui nous évite de transférer les femmes enceintes pour évaluer le risque de naissance avant terme;
- Automatisation des analyses de la sédimentation grâce à l'acquisition de l'appareil EXCYTE permettant une standardisation du résultat;
- Acquisition de l'appareil permettant le dosage des D.DIMER dans les cas de thrombose. La disponibilité de cet appareil sur place évite des transferts de la clientèle vers Rimouski pour diagnostic;
- Dépôt d'un projet au MSSS dans le cadre des mesures administratives visant à faciliter le recrutement de technologistes médicaux;
- Annonce d'analyse du service de prélèvement sur le territoire en vue d'optimiser les services et de se conformer aux exigences qualité du BNQ;
- Hausse du volume d'activités aux prélèvements de 17%;
- Révision des procédures en traumatologie;
- Disponibilité de l'analyse du C. Difficile sur place permettant une gestion plus rapide de la prévention des infections et activités reliées.

4.4.5 Direction des services à la clientèle

- ❖ Support stratégique aux gestionnaires dans la poursuite des objectifs de l'organisation;
- ❖ Coordination et optimisation du fonctionnement des trois volets du guichet unique (soutien à domicile, santé mentale et services psychosociaux);
- ❖ Coordination du processus des demandes d'hébergement;
- ❖ Élaboration d'un programme en soins palliatifs selon un continuum de services;
- ❖ Élaboration d'un programme de lits post-hospitalisation;
- ❖ Coordination du plan de sécurité civile de l'établissement;
- ❖ Travaux en cours pour actualiser le plan d'accès en déficience intellectuelle et en déficience physique;
- ❖ Démarches de recrutement, de rétention, et de remplacement de la main-d'œuvre dans la plupart des secteurs d'activités.

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

Services administratifs et d'accueil :

- Coordination des activités administratives reliées aux visites de l'unité mobile de mammographie dans la MRC;
- Traitement des demandes de service au Programme d'aide à domicile (PAD)
- Réorganisation des tâches du personnel de secrétariat en lien avec le déménagement du point de service du CLSC d'Amqui à l'hôpital;
- Recensement des données des services communautaires de la MRC pour l'accès à Info Santé;
- Poursuite d'une analyse du mode de fonctionnement du service de l'accueil à l'hôpital;
- Travaux d'optimisation de la banque d'équipements;
- Rehaussement de l'offre de service en brancardage et arrimage des tâches avec les agents de sécurité;
- Révision du mode de fonctionnement des prélèvements en CLSC.

Services Jeunesse-Enfance--Famille (JEF) et Santé mentale (SM) :

- Actualisation de la réorganisation des services sociaux;
- Mise en place de nouvelles équipes de travail (0-5 ans, 6-12 ans, 12-18 ans et 18-65 ans) suite à cette réorganisation;
- Consolidation de la mise en place de l'équipe Santé mentale jeunesse;
- Réalisation d'un exercice de vaccination de masse en novembre 2008;
- Mise en place du service d'orthophonie à l'été 2008;
- Implantation du Comité d'organisation des services JEF et SM;
- Actualisation de la table COSMOSS 0-30 ans dans La Matapédia;
- Travaux entourant la démarche d'accréditation « *Ami des bébés* »;
- Début des travaux visant le développement d'un projet pilote d'intervention en négligence, de concert avec Le Centre Jeunesse et l'Agence de santé et de services sociaux du Bas St-Laurent;
- Intégration des services pré, per et post natal au CSSS.

Services des Urgences, Soins intensifs, Soins ambulatoires, Service de santé courant et Salle d'opération :

- Poursuite des travaux entourant la réorganisation du travail à l'urgence, en arrimage avec d'autres services;
- Implantation d'une ordonnance collective;
- Suivi de l'implantation des protocoles sur les opiacées et sur les contentions;
- Rehaussement de l'offre de service par l'ajout de personnel infirmier auxiliaire;
- Formation d'un comité sur les dons d'organes et de tissus;
- Démarches de réorganisation du service ambulatoire (clinique externe et services de santé courants);
- Travaux en cours visant le réaménagement des lieux physiques à la Salle d'opération;
- Démarches en cours de relocalisation du Service de santé courant vers le GMF du secteur de Sayabec.

Service de Médecine de jour et d'hospitalisation

- Formation d'un comité de travail sur la réorganisation du travail en courte durée;
- Optimisation des compétences des Assistantes infirmières chef;
- Modification des horaires des préposés aux bénéficiaires;
- Implantation d'un comité d'initiation du nouveau personnel;

- Travaux en vue de la modification du poste de travail du personnel infirmier selon les critères ergonomiques;
- Rehaussement de la banque d'équipements en lien avec le protocole de contention;
- Consolidation du fonctionnement de l'équipe en courte durée gériatrique selon les principes de la continuité des services;
- Démarches pour la désignation de locaux dédiés à l'allaitement maternel;
- Transfert au département d'oncologie des activités liées aux transfusions et aux immunoglobulines;
- Consolidation de l'équipe interdisciplinaire en oncologie;
- Développement d'un partenariat avec le CSSS Rimouski-Neigette pour les initiations en chimiothérapie;
- Rédaction du programme en vue de l'accréditation du département d'oncologie;
- Rehaussement de 1,5 jour par semaine de temps consacré au programme d'oncologie par l'infirmier pivot;
- Transfert du mandat sur l'abandon du tabac, ainsi que sur le suivi des usagers avec des maladies pulmonaires obstructives chroniques au service d'inhalothérapie;
- Planification des transferts de dossiers de coronographies de la clientèle en ambulatoire à l'infirmière clinicienne en maladies chroniques.

Services de soins de longue durée

- Actualisation des travaux en lien avec le protocole de contentions;
- Travaux en marge du projet de réorganisation du travail en soins de longue durée et de consolidation de l'approche « milieu de vie » : projet paritaire avec les syndicats, le MSSS et l'Agence de santé et des services sociaux de Bas St-Laurent;
- Coordination du programme d'animation et de loisirs;
- Activités de recrutement de bénévoles;
- Coordination des activités de pastorale.

4.5 Bilan annuel de l'entente de gestion

Afin d'exposer de façon exhaustive et détaillée les résultats que nous avons obtenus en 2008-2009 en fonction des indicateurs définis dans le cadre de l'entente de gestion et d'imputabilité conclue avec l'Agence de santé et de services sociaux du Bas St-Laurent, nous présentons dans cette section les fiches de reddition commentées.

Fiches de reddition de comptes 2008-2009

Axe :	Santé publique		
Objectifs de résultats 2005-2010	Diminuer les taux d'infections nosocomiales.		
Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
1.1.11 Proportion d'atteinte du ratio recommandé d'infirmière (ETP) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales	100 %	100 %	107 %

Axe :	Services infirmiers et psychosociaux généraux		
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 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	253	253	225
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	4,62	4,62	4,12
Commentaires			
Nous avons eu de la difficulté à remplacer un employé permanent qui a quitté l'établissement. Le remplacement a été comblé une partie de l'année seulement.			

Axe :	Services dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement		
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 desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.		
Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	639	590	709
1.3R3 Nombre d'usagers pour lesquels il existe un PI ou un PSI	49	354	261
1.3.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	23,05	22,00	25,55
1.3R1 Nombre d'usagers recevant 51 interventions et plus par année en soutien à domicile	39	41	57
1.3R2 Mise en place d'au moins 1 groupe du programme PIED	Oui	Oui	Oui
1.3R6 Taux annuel d'admission en CHSLD et en RI des personnes de 65 ans et plus	1,41 %	1,50 %	1,03 %
Commentaires			
Excellente performance observée en PPALV. Ces résultats sont le reflet de la transformation et de la révision de l'offre de service initiées en 2007. Nous constatons une intensification des services à domicile et une réduction significative du nombre de places en hébergement institutionnel.			

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 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,63	3,00	3,96
1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,28	0,23	0,34
1.3R4 Proportion des jours-présence en lits de courte durée de personnes en attente d'hébergement	0 %	0 %	0 %
1.3R5 Durée moyenne de présence en lits de courte durée de personnes en attente d'hébergement	0	0	0
Commentaires			
En lien avec le commentaire précédent. L'augmentation des heures travaillées en soins infirmiers et en services professionnels est due principalement à la forte diminution des jours présences en longue durée. Nous travaillons actuellement à la révision de l'organisation du travail en soins infirmiers à la Résidence Marie-Anne Ouellet, projet financé dans le cadre des travaux ministériels portant sur la révision de l'organisation du travail. Ces travaux devraient améliorer globalement l'efficacité de ces secteurs.			

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 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	245	244	241
1.4R1 Nombre d'usagers pour lesquels il existe un PI ou un PSI	11	146	84
1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	6,49	9,00	7,42
Commentaires			
Augmentation importante du nombre de PI ou de PSI observée en 2008-2009.			
Axe :	Soutien à domicile – déficience physique		
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.		
Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	34	33	30

Axe :		Soutien à domicile – déficience intellectuelle et TED		
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 et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.		
Indicateurs		Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
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)		21	25	33
1.5R1 Nombre d'utilisateurs pour lesquels il existe un PI ou un PSI		4	15	16
1.5.12 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI et TED)		3,81	3,81	3,45
Commentaires				
Augmentation de l'offre globale de services de soutien à domicile observée dans ce secteur.				

Axe :		Soutien à domicile – déficience intellectuelle et TED		
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 dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.		
Indicateurs		Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
1.5.13 Nombre d'utilisateurs ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe		34	33	27
Commentaires				
Nous procéderons, en collaboration avec l'Agence et les établissements concernés, à une révision des modalités d'application de ces services de soutien afin d'assurer une uniformisation des interprétations s'y rapportant.				
Axe :		Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté		
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.		
Indicateurs		Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
1.6.1 Nombre d'utilisateurs (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)		417	435	422
1.6R1 Nombre d'utilisateurs pour lesquels il existe un PI ou un PSI		104	261	149
1.6.2 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)		8,27	8,96	8,52
Commentaires				
Augmentation des résultats observée par rapport à l'exercice 2007-2008.				

Axe :		Services de première ligne – santé mentale		
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.		
Indicateurs		Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
1.8.9 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale dans les CSSS (mission CLSC)		174	366	178
1.8R1 Nombre d'usagers pour lesquels il existe un PI ou un PSI		2	220	48
Commentaires				
Stabilité observée dans la réponse aux besoins en lien avec l'exercice 2007-2008. Plusieurs facteurs expliquent la non atteinte des cibles demandées en 2008-2009, notamment : l'absence maladie d'un titulaire de poste, un congé de maternité pour une autre et la difficulté de remplacement du personnel absent.				

Axe :		Services de crise et d'intégration dans la communauté – santé mentale		
Objectifs de résultats 2005-2010		Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves : <ul style="list-style-type: none"> - En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants); - En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants). 		
Indicateurs		Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
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	34	5
Commentaires				
Difficulté de recrutement et programme non déployé. Au cours de 2009-2010, le programme prendra son envol.				

Axe :		Soins palliatifs		
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.		
Indicateurs		Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile		61	61	65
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile		18,20	18,20	17,71
1.9R1 Nombre de lits dédiés en soins palliatifs		1	3	1
Commentaires				
Nous avons constaté une légère augmentation du nombre d'usagers en 2008-2009. Le nombre d'interventions a diminué légèrement. Quant aux nombres de lits dédiés en soins palliatifs, nous sommes à revoir le nombre et la localisation des lits dédiés à cette clientèle. Nous terminons actuellement la révision de la programmation de l'offre de service en soins palliatifs.				

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 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
1.9.14	Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	238	302	261
1.9.15	Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	185	168	190
1.9R3	Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une chirurgie d'un jour	13	0	10
1.9R4	Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une chirurgie hospitalisée	3	0	0
Commentaires				
Nous avons augmenté de 10 % notre volume de chirurgies d'un jour et constaté une stabilisation du nombre de chirurgies avec hospitalisation. L'arrivée d'un deuxième chirurgien permanent au cours de l'exercice 2008-2009 devrait nous permettre d'atteindre totalement nos cibles en 2009-2010 et éliminer nos hors délais.				

Axe :		Maladies chroniques		
Objectifs de résultats 2005-2010		Consolider le programme intégré de prévention et de contrôle des maladies chroniques.		
Indicateurs		Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
1.9R6	MCV stables – usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement		81	9
1.9R7	MCV instables – usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement		89	66
1.9R8	Diabète – usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement	246	312	270
1.9R9	Asthme – usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement	81	60	55
1.9R10	MPOC – usagers rencontrés pour des cliniques d'enseignement		91	68
Commentaires				
<p>Au niveau de l'indicateur 1.9R6 : La cible n'est pas atteinte, car la plupart des usagers sont vus dans les GMF et ne sont pas comptabilisés.</p> <p>Au niveau de l'indicateur 1.9R7 : Beaucoup d'usagers sont vus par les infirmières SSD suite à une chirurgie cardiaque et par conséquent, ces personnes ne sont pas vues par l'infirmière en maladie chronique. Toutefois, pour la prochaine année, tous les cas de coronarographies ambulatoires seront vus par l'infirmière en maladie chronique.</p> <p>Au niveau de l'indicateur 1.9R8 : Augmentation du résultat observée de 10 % par rapport à 2007-2008. Rencontre de groupe débutée en 2009-2010.</p> <p>Au niveau des indicateurs 1.9R9 et 1.9R10 : Les codifications dans ICLSC saisies par les inhalothérapeutes et les nutritionnistes n'étaient pas bien effectuées. Le suivi a été effectué et les correctifs seront apportés en 2009-2010.</p>				

Axe :	Gestion des bâtiments et des équipements		
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer une gestion des bâtiments et des équipements visant la réduction de la consommation d'énergie.		
Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
2.2.1 Consommation en giga joules par mètre carré	1,42	1,42	1,52
Commentaires			
Des actions sont en cours afin de doter le CSSS de La Matapédia d'un système de chauffage à la biomasse forestière pour l'installation de l'hôpital d'Amqui, ce qui améliorera notre performance énergétique.			

Axe :	Prévention et contrôle – infections nosocomiales		
Objectifs de résultats 2005-2010	Diminuer les taux d'infections nosocomiales.		
Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
2.2.2 L'établissement applique les lignes directrices en hygiène et salubrité		Oui	Oui

Axe :	Personnel du réseau et du Ministère		
Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer la gestion de la présence au travail.		
Indicateurs	Résultats 2007-2008	Cibles 2008-2009	Résultats 2008-2009
3.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	6,82 %	6,30 %	7,20 %
Commentaires			
Nous constatons une détérioration de notre performance en matière d'assurance salaire. Nos actions seront davantage portées vers des moyens structurants de façon à permettre une amélioration de la situation.			
3.2 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier		5,62 %	4,79 %
3.3 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante en personnel infirmier		0,00 %	0,00 %
Commentaires			
Notre résultat, quoique inférieur à la cible, est préoccupant. Nous constatons une augmentation des heures supplémentaires principalement due à un manque de ressources disponibles pour combler les besoins réguliers. Au cours de la dernière année, nous avons convenu des ententes avec les maisons d'enseignement de la région permettant d'améliorer notre potentiel de recrutement et de rétention des ressources humaines en soins infirmiers, ce qui devrait à moyen terme améliorer la situation.			

4.6 Agrément du laboratoire

Du 7 au 9 octobre 2008, l'évaluation du laboratoire a été réalisée par une équipe d'évaluateurs externes afin d'apprécier le degré de conformité aux normes s'appliquant au laboratoire biomédical, incluant les banques de sang et les services transfusionnels. En mars 2009, nous avons obtenu le rapport final concluant que le Conseil québécois d'agrément octroie au laboratoire biomédical du Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia un agrément pour une durée de trois ans et recommande que l'établissement :

- ❖ Soumette un rapport ainsi que les preuves de mise en oeuvre pour les critères à priorité élevée évalués non conformes pour le **8 septembre 2009**;
- ❖ Soumette un rapport démontrant l'avancement de la mise en oeuvre du plan d'amélioration pour le laboratoire et les services transfusionnels pour le **5 mars 2010**;
- ❖ Procède au renouvellement de l'agrément du laboratoire biomédical de façon intégrée dans la démarche du CSSS selon les modalités déterminées par le Programme d'agrément conjoint Conseil québécois d'agrément – Agrément Canada.

Le tableau suivant présente les éléments de non-conformité qui font l'objet d'un plan d'action suivi par le personnel du laboratoire biomédical du CSSS de La Matapédia :

Accréditation du laboratoire <i>(Laboratoires biomédicaux incluant les banques de sang et les services transfusionnels)</i>	
Norme 1 : Le laboratoire planifie et organise ses services de façon à répondre aux besoins des clients et des prestataires de services.	R1 : 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.
	R2 : Le laboratoire dispose d'un processus efficace pour sélectionner et évaluer les laboratoires sous traitants et ceux qu'il est appelé à consulter.
Norme 2 : Les services de laboratoires sont intégrés et coordonnés de manière à assurer la continuité des services pour les clients et les prestataires de services.	R1 : Le laboratoire coordonne ses services avec ceux d'autres prestataires, services, unités ou établissements.
	R2 : Le laboratoire dispose d'un processus pour traiter et régler les plaintes.
Norme 3 : Le personnel du laboratoire est qualifié et compétent.	R1 : Le laboratoire dispose du bon agencement d'effectifs en nombre adéquat pour réaliser les activités de laboratoires.
	R2 : Le rôle et les responsabilités de chaque membre du personnel sont clairement définis et bien compris de chacun.
	R3 : Le laboratoire évalue régulièrement les compétences de tout le personnel.
	R4 : Les activités de formation, de perfectionnement et d'évaluation des compétences du laboratoire permettent d'atteindre des résultats positifs.

<p>Norme 4 : Le laboratoire respecte les lois, les règlements, les guides d'éthique et les normes de pratique.</p>	<p>R1 : Le laboratoire respecte les lois, les règlements, les guides d'éthique et les normes de pratique.</p>
	<p>R2 : Le laboratoire dispose de procédures opératoires normalisées (PON) pour toutes ses activités.</p>
	<p>R3 : Le personnel du laboratoire applique les procédures opératoires normalisées de façon uniforme.</p>
<p>Norme 5 : Le laboratoire conserve des renseignements qui sont à jour, exacts, complets et protégés.</p>	<p>R1 : 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.</p>
<p>Norme 6 : Le laboratoire dispose de suffisamment d'espace et offre les conditions appropriées pour offrir des services sécuritaires, efficients et efficaces.</p>	<p>R1 : Les conditions environnementales du laboratoire permettent d'assurer la sécurité et le bien-être des clients et du personnel.</p>
<p>Norme 7 : Le laboratoire utilise de l'équipement et des instruments qui sont conçus et entretenus de façon adéquate et qui sont en nombre suffisant.</p>	<p>R1 : Le laboratoire entretient, calibre et inspecte régulièrement les instruments et l'équipement.</p>
	<p>R2 : Le laboratoire tient des dossiers exacts, complets et à jour pour l'ensemble des inspections, le calibrage, la maintenance et l'entretien courant de l'équipement et des instruments.</p>
	<p>R3 : Le laboratoire procède régulièrement à l'orientation et à la formation du personnel en ce qui concerne l'utilisation et la gestion sécuritaire de l'équipement et des instruments du laboratoire.</p>
<p>Norme 8 : Lorsqu'il prépare, étiquette, manipule et entrepose des fournitures, des réactifs et des milieux de culture, le laboratoire assure leur intégrité et réduit les risques d'erreur.</p>	<p>R1 : Le laboratoire s'assure que toutes les fournitures, tous les réactifs et tous les milieux de culture comportent une étiquette qui contient toute l'information pertinente pour son utilisation appropriée.</p>
	<p>R2 : Le laboratoire prépare des fournitures, des réactifs ou des milieux de culture de façon sécuritaire et avec exactitude.</p>
	<p>R3 : Le laboratoire dispose de processus visant à prévenir l'utilisation de fournitures, de réactifs et de milieux de culture inappropriés, dont la date d'utilisation est expirée, qui sont détériorés ou qui ne correspondent pas aux critères de qualité.</p>
<p>Norme 9 : Le laboratoire et le personnel assurent un milieu sécuritaire.</p>	<p>Aucune recommandation.</p>
<p>Norme 10 : Le laboratoire évalue et améliore régulièrement la qualité de ses processus et services afin d'atteindre les meilleurs résultats possibles.</p>	<p>R1 : Le laboratoire dispose d'un système de gestion de la qualité qui lui permet de surveiller toutes les activités du laboratoire.</p>
	<p>R2 : Le laboratoire vérifie les résultats liés aux procédés menés en laboratoire et utilise cette information pour apporter des améliorations à ses services.</p>
	<p>R3 : Le laboratoire dispose d'un processus qui permet de déceler, de signaler et consigner les incidents tels que les événements sentinelles, les événements indésirables et les incidents évités de justesse.</p>

Accréditation du laboratoire <i>(Exigences particulières concernant les laboratoires biomédicaux)</i>	
Norme 1 : Le laboratoire gère les demandes d'analyse et y répond en temps opportun et de façon appropriée.	R1 : Le laboratoire prélève les échantillons primaires appropriés en vue d'effectuer les analyses requises.
	R2 : Le laboratoire transporte, reçoit et entrepose, en temps opportun, les échantillons qui sont emballés et clairement étiquetés.
Norme 2 : Le laboratoire effectue les analyses précises.	R1 : Le laboratoire évalue la qualité de ses analyses.
Norme 3 : Les dossiers du laboratoire sont complets, exacts et gardés confidentiels.	Aucune recommandation.
Accréditation du laboratoire <i>(Exigences particulières concernant les banques de sang et les services transfusionnels)</i>	
Norme 1 : Les dossiers du laboratoire sont complets, exacts et gardés confidentiels.	Sans objet.
Norme 2 : Le service transfusionnel collecte le sang de façon sécuritaire et ponctuelle.	Sans objet.
Norme 3 : La banque de sang prépare les produits sanguins labiles d'une façon qui préserve leur intégrité et est appropriée pour le type de produit et l'utilisation que l'on compte en faire.	
Norme 4 : La banque de sang étiquette et analyse adéquatement le sang total et les produits sanguins labiles.	Sans objet.
Norme 5 : La banque de sang met en circulation, emballe, entrepose et transporte le sang et les produits sanguins labiles de manière à en préserver l'intégrité et assurer qu'ils sont sécuritaires au moment de la transfusion.	R1 : La banque de sang entrepose, emballe et transporte le sang et les produits sanguins labiles de manière à en préserver l'intégrité et l'utilisation.
Norme 6 : L'établissement fournit des services de transfusion sécuritaires et en temps opportun, lesquels entraînent des résultats positifs pour les clients.	R1 : Le service transfusionnel se conforme à des procédures normalisées et éprouvées pour la transfusion de sang et de produits sanguins labiles.

4.7 Sécurité des soins et services

4.7.1 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;*
- ❖ *Une campagne de sensibilisation à la réduction des erreurs de médicament d'une durée de trois (3) mois s'est déroulée dans toutes les installations de l'établissement.*

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

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.

Un tableau de bord est présenté aux séances mensuelles du conseil d'administration de l'établissement pour la mission CHSLD. De la première période financière à la dernière, une baisse de 47% du recours aux mesures de contentions a été enregistrée pour la clientèle hébergée en soins de longue durée.

4.8 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.

Le plan de travail du commissaire qui a été déposé au comité de vigilance et de la qualité prévoit des rencontres avec certains groupes sociaux du milieu, échelonnées du 15 avril au 6 mai 2009. Ces rencontres viseront à renseigner les clientèles les plus vulnérables sur le mécanisme de traitement des plaintes et sur le code d'éthique de l'établissement et auront pour but également la promotion des droits des usagers du réseau de la santé et des services sociaux.

**CONSEILS ET COMITÉS CRÉÉS EN VERTU DE LA
LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX**



5.1 Conseil d'administration

5.1.1 Liste des membres

CONSEIL D'ADMINISTRATION	
Arseneault, Pierre	Administrateur
Blanchette, Roger	Président Président du comité de révision d'examen des plaintes Membre du comité administratif
Caron, Marie-Ève	Administratrice
Caron, Nancy	Administratrice Membre du comité de vérification
Doucet, Normand	Vice-président Membre du comité administratif
Dre Gervais, Sophie	Administratrice
Dre Jean, Claire	Administratrice
Langelier, Rodrigue	Administrateur Membre du comité de vérification
Leclerc, Jean-Claude	Administrateur Membre du comité administratif Membre du comité de vigilance
Paquet, Alain	Directeur général et secrétaire Membre du comité administratif
Pérusse, Claude	Administrateur Membre du comité de vigilance Membre du comité d'évaluation du directeur général
Rivard, Claude	Administrateur Membre du comité de vigilance Membre du comité d'évaluation du directeur général
Tremblay, Denis	Administrateur
Tremblay, Mélanie	Administratrice
Voyer, Jeanne-d'Arc	Administratrice Présidente du comité de vérification

Pour l'exercice financier clos le 31 mars 2009, dix (10) rencontres régulières ont eu lieu ainsi qu'une rencontre spéciale.

5.2 CECII

5.2.1 Liste des membres

CECII	
Marielle Pelletier	Présidente
Brigitte Deschênes	Vice-présidente
Diane Bouillon	Secrétaire
Lissia Dumont	Membre
Mylène Guénard	Membre
Renée-Claude Gagné	Membre
Marie-Claude Barr	Membre
Solange Lavoie	Membre
Alain Paquet	Membre d'office Directeur général
Bertin Lévesque	Membre d'office Directeur des soins infirmiers

5.2.2 Faits saillants issus du rapport annuel

Le comité a tenu cinq (5) rencontres régulières au cours de l'année 2008-2009.

Les dossiers traités au cours des rencontres ont été les suivants :

- ❖ Accueil des nouveaux membres et nomination des officiers;
- ❖ Plan d'action de la Direction des soins infirmiers;
- ❖ Répartition des dossiers majeurs;
- ❖ Plan de contingence;
- ❖ Information des comités paritaires;
- ❖ Dossiers majeurs et porteurs;
- ❖ Réorganisation du travail en longue durée;
- ❖ Formation du comité CECIIA;
- ❖ Plan thérapeutique infirmier;
- ❖ Vision stratégique;
- ❖ Infirmière praticienne spécialisée;
- ❖ Congrès CII à Mont-Joli;
- ❖ Politiques, règlements, directives concernant les archives;
- ❖ Politique des mesures de prévention des infections lors des travaux de rénovation;
- ❖ Guide d'application des activités d'exception pouvant être confiées aux non professionnels;
- ❖ Gouvernance clinique;
- ❖ Règlement sur les modalités d'adoption et de révision des plans d'intervention des usagers;
- ❖ Révision du calendrier de conservation pour les dossiers des usagers;
- ❖ Politique et procédure sur les normes de conception et d'utilisation de formulaires;

- ❖ Suivi du dossier – CHSLD;
- ❖ Organisation du travail à l'unité regroupée;
- ❖ Contribution des infirmières auxiliaires à la thérapie intraveineuse;
- ❖ Plan de formation;
- ❖ Infirmière auxiliaire en soins à domicile;
- ❖ Plan de contingence - Été 2009;
- ❖ Comité exécutif du CIIA;
- ❖ Activités pour les semaines en soins infirmiers.

Des avis ont été formulés à la direction sur les sujets suivants :

- ❖ Processus de révision du code d'éthique;
- ❖ Politique sur l'allaitement;
- ❖ Politiques et procédures concernant les archives;
- ❖ Mesure de prévention des infections lors de travaux de rénovation ou de construction;
- ❖ Programme d'application des activités d'exception pouvant être confiées par l'établissement aux non-professionnels;
- ❖ Projet de sages-femmes en milieu hospitalier;
- ❖ Réorganisation en CHSLD;
- ❖ Révision du calendrier de conservation pour les dossiers des usagers;
- ❖ Règlement sur les modalités d'adoption et de révision des plans d'intervention des usagers;
- ❖ Politique et procédure sur les normes de conception et d'utilisation de formulaires.

5.3 CMDP

5.3.1 Liste des membres

CMDP	
Comité exécutif	
Dre Claire Jean	Présidente
Dr Patrick Charland	Vice-président
Dr Michel Dallaire	Membre
Dre Jacynthe Vallée	Membre
M. Alain Paquet	Directeur général
Dr Omar Hasan	Membre désigné
Comité d'examen des titres	
Dre Sophie Gervais	Présidente
Dre Claire Jean	Pour la DSPH
Dre Thuy-Tien Nguyen-Dang	Membre
Dre Jacynthe Vallée	Membre
Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique	
Dre Manon St-Amant	Présidente
Dre Guylaine Lauzon	Secrétaire
Mme Sylvie Anctil	Archiviste
Dre Sonia D'Amours	Membre
Dre Sophie Gervais	Membre
Dr Denis Boucher	Membre
Dr Omar Hassan	Chirurgien général, invité
Mme Claire Dumais	Pharmacienne, invitée
Comité pharmacologie	
Dre Annie Marquis	Présidente
Dr Mijanou Didier	Secrétaire
Dr Pierre Turbide	Membre
Dr André Aboussafy	Membre
Dre Thuy-Tien Nguyen-Dang	Membre
Dre Agnès Pascot	Membre
Mme Annie Bastien	Pharmacienne
Mme Marilyn Ouellet	Pharmacienne
Comité multidisciplinaire de traumatologie	
Dre Mijanou Didier	Présidente
Dr Patrick Charland	Omnipraticien
Dr Omar Hasan	Chirurgien général
Dr Kherdine Laddada	Chirurgien général
Dr Yvan Auger	Anesthésiologiste
Mme Paule Bérubé	Resp. des serv. diag. et de réadaptation
Mme Michèle Lagacé	Resp. des services Urgence, Soins intensifs et Bloc opér
M. Régis Imbeault	AIC- salle d'opération
Mme Cécile Belzile	AIC-urgence et soins intensifs
Mme Marie-Claude Blouin	AIC-urgence et soins intensifs
M. Michel Thériault	Tech. Ambulancier
M. Martin Ouellet	Ambulances AMS Inc.

Mme Pierrette Simard	Archiviste
Département de Médecine générale	
Dr Patrick Charland	Chef
Dr Isabelle Brochu	Membre
Dre Thuy-Tien Nguyen-Dang	Membre
Dr Denis Boucher	Membre
Dr Michel Dallaire	Membre
Dre Sonia D'Amours	Membre
Dre Mijanou Didier	Membre
Dre Sophie Gervais	Membre
Dre Claire Jean	Membre
Dre Guylaine Lauzon	Membre
Dre Annie Marquis	Membre
Dre Agnès Pascot	Membre
Dre Manon St-Amant	Membre
Dre Geneviève Simard-Racine	Membre
Dr Pierre Turbide	Membre
Dre Jacynthe Vallée	Membre
Département de chirurgie et d'anesthésie	
Dr Omar Hasan	Chef du département
Dr Yvan Auger	Anesthésiologiste
Dr Kherdine Laddada	Chirurgien général
Service obstétrique	
Dre Sophie Gervais	Chef du service d'obstétrique
Dre Céline Leclerc	Membre associé

Le tableau suivant indique le nombre de réunions tenues au cours de l'exercice financier 2008-2009 pour chacun des comités ou départements :

Nom du comité	Nombre de réunions
Comité exécutif du CMDP	12
Comité d'examen des titres	4
Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique	7
Comité de pharmacologie	6
Comité multidisciplinaire de traumatologie	8
Département de médecine générale	4
Département de chirurgie et d'anesthésie	1
Service d'obstétrique	
CMDP	5

5.3.2 Faits saillants issus du rapport annuel

Les faits saillants de chacun des comités ou des départements sont présentés dans le texte qui suit :

Comité exécutif du CMDP :

Volet décisions :

- ❖ Étude et adoption des recommandations du Comité d'examen des titres, du Comité de pharmacologie et du Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique, du département de chirurgie et d'anesthésie et du service d'obstétrique;
- ❖ Approbation de l'offre d'emploi au poste de DSPH qui paraîtra dans le journal L'Actualité Médicale;
- ❖ Analyse du dossier de la transcription visant à rendre disponible la dictée à l'urgence;
- ❖ Avis du CMDP concernant la sécurité et la qualité des soins des clients au service d'urgence;
- ❖ Révision des critères d'admissibilité de la clientèle orpheline;
- ❖ Adoption d'ordonnances collectives (suivi nutritionnel, Tamiflu, Influenza type A ou B, radiographie de la cheville, radiographie du pied, prélèvement urinaire pour le GHB, fournitures associées à la prise d'une médication et initier un traitement contre la pédiculose);
- ❖ Adoption d'un tableau synthèse en ce qui concerne le niveau d'approbation des règles de soins, règles d'utilisation des médicaments, règles d'utilisation des ressources, protocoles, procédures, techniques de soins, ordonnances collectives, ordonnance individuelle;
- ❖ Étude demandée au département de chirurgie et d'anesthésiologie en collaboration avec le comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique afin de procéder à une étude par critères sur la chirurgie colique;
- ❖ Adoption des recommandations du groupe de travail concernant les soins aux bébés dans la période néonatale;
- ❖ Adoption d'un mode de consultation pour le remplacement d'un médecin dans ses fonctions médico-administratives (chef d'urgence et des soins intensifs, responsable locale du préhospitalier, responsable local du comité de traumatologie, médecin ressource pour le centre d'enseignement aux asthmatiques et MPOC);
- ❖ Lettre transmise à la Commission scolaire Monts et Marées afin de s'assurer de transmettre au médecin traitant les évaluations préalables des enfants référés pour problèmes d'inattention, des troubles de comportement ou pour tout problème ayant nécessité des interventions et des évaluations de la part du personnel spécialisé;
- ❖ Avis du CMDP concernant la sécurité et la qualité des soins des clients au service d'urgence;
- ❖ Avis sur le protocole de surveillance clinique lors de la prise d'analgésiques opiacés par voie parentérale ou si pertinent de médicaments ayant un effet dépressur sur le système nerveux central (SNC);
- ❖ Recommandation favorable pour accueillir des infirmières cliniciennes à notre établissement;
- ❖ Maintien de la participation au programme de téléconférence avec l'Université de Sherbrooke et demande de financement déposée à l'AMOBLS compte tenu que ce programme n'est plus subventionné par le MSSS;
- ❖ Participation à 4 visioconférences avec le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec;
- ❖ Acceptation d'une demande de congé sabbatique pour une période d'un an d'un membre actif;
- ❖ Appui au projet d'ambulance dans le secteur de Causapscal;
- ❖ Transmission d'un rapport d'investigation du coroner au Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique;
- ❖ Avis favorable sur la procédure révisée – Décès d'un client;
- ❖ Organisation d'une conférence téléphonique pour discuter de la résolution du département de radiologie du CSSS de Rimouski-Neigette concernant la couverture des services en radiologie;
- ❖ Maintien du parrainage d'un candidat diplômé hors Canada en radiologie;
- ❖ Révision d'un document visant l'accueil de résidents en chirurgie générale à notre établissement;
- ❖ Adoption du protocole révisé d'intervention lors de décès à domicile dans le cadre d'une maladie terminale;

- ❖ Répartition des membres dans les comités et les projets cliniques;
- ❖ Dépôt d'une demande de rehaussement du plan d'effectifs médicaux en omnipratique au département régionale de médecine générale;
- ❖ Adoption du calendrier de conservation révisé;
- ❖ Ressources à mettre en place suite au développement d'un réseau local de services de santé, services sociaux et médicaux intégrés;
- ❖ Adoption d'une règle d'utilisation (Avastin);
- ❖ Identification des charges et des responsabilités du médecin oeuvrant en gériatrie;
- ❖ Élaboration d'une procédure pour la demande d'examen impliquant l'injection de substances de contraste;
- ❖ Adoption de la politique et procédures « Mesures de prévention des infections lors de travaux de rénovation ou de construction »;
- ❖ Adoption du programme d'application des activités d'exception pouvant être confiées par l'établissement aux non professionnels oeuvrant dans le cadre du programme de soutien à domicile;
- ❖ Adoption d'une proposition de fonctionnement à l'UCDG et au SEGA;
- ❖ Avis sur le programme d'évaluation de l'auto administration des médicaments (PEAAM) des usagers hospitalisés à l'unité de courte durée gériatrique ou inscrits au programme d'hébergement de transition;
- ❖ Mises en place de mesures correctives suite aux résultats de l'évaluation terrain de l'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST (ETIAMEST);
- ❖ Adoption du document « Utilisation des lits dédiés à l'hospitalisation ».

Volet discussions :

- ❖ Étude du projet de lits de soins palliatifs à la RMAO;
- ❖ Statistiques de la salle d'opération et liste d'attente en endoscopie;
- ❖ Demande d'équipements spécialisés;
- ❖ Liste des examens pouvant être réalisés par le Dr Leslie Keighan, radiologiste;
- ❖ Démarche pour réaliser au CSSS de Rimouski-Neigette le stage de perfectionnement pour la césarienne et les urgences en obstétrique-gynécologie du chirurgien avec permis restrictif;
- ❖ Mandat pouvant être confié à un médecin externe dans l'évaluation de l'offre de services en santé physique (volet médical);
- ❖ Problématique régionale et locale – Entente de gestion 2008-2010;
- ❖ Partage de la vision sur les dossiers prioritaires de la direction générale;
- ❖ Présentation de nouveaux formulaires en imagerie médicale;
- ❖ Code d'éthique révisé;
- ❖ Appui dans la poursuite des discussions permettant la mise en place d'un projet pilote assurant la présence de sages-femmes en milieu hospitalier;
- ❖ Adoption des politiques, règlements et procédures de la DSPH qui ont fait l'objet d'une révision;
- ❖ Adoption de la politique sur l'allaitement maternel;
- ❖ Révision des attentes en regard du recrutement en médecine interne;
- ❖ Formation médicale sur la sonde vasculaire;
- ❖ Programme de soins palliatifs – position du CMDP;
- ❖ Organisation des services médicaux en gériatrie;
- ❖ Adoption d'une procédure concernant la mesure de l'hypotension orthostatique;
- ❖ Adoption des modifications apportées au cahier de médecine transfusionnelle;
- ❖ Maintien de l'expertise en obstétrique en raison de la structure de fonctionnement actuel et du volume d'activités;
- ❖ Suivis des rencontres avec le département de chirurgie et d'anesthésiologie;
- ❖ Charge de travail des médecins en situation de pénurie;

Volet informations :

- ❖ Information de la représentante au DRMG et de la coordonnatrice locale;
- ❖ Information du directeur général;
- ❖ Rapport de visite du microbiologiste consultant;
- ❖ État de situation des travaux réalisés au 1^{er} étage de l'établissement;
- ❖ Rapport annuel du médecin examinateur;
- ❖ Visite d'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec;
- ❖ Présentation d'un aide-mémoire concernant l'accès aux services psychosociaux, santé mentale et soutien à domicile;
- ❖ Information sur les services d'orthophonie et les modalités de références;
- ❖ Situation financière de l'établissement;
- ❖ État de situation concernant l'acquisition d'un nouveau TDM à notre établissement;
- ❖ Rencontre avec le médecin conseil au Service santé concernant le taux d'absentéisme des employés du CSSS de La Matapédia et entente sur un mode de communication avec les médecins traitants dans la gestion efficace des dossiers;
- ❖ Liste des dossiers médicaux à compléter;
- ❖ Conditions de travail des pharmaciens en établissements;
- ❖ Suivis du Colloque des DSP;
- ❖ Révision du processus de travail à l'urgence;
- ❖ Processus d'agrément.

Comité d'examen des titres :

Le comité a procédé à l'étude des demandes de nomination de 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.

Comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique

Le comité a effectué ces travaux durant l'année financière :

- ❖ Étude sur l'héparinothérapie intraveineuse;
- ❖ Élaboration du plan de travail pour l'année 2008-2009;
- ❖ Étude de dossiers sur la chirurgie colique;
- ❖ Analyse de dossiers de décès 2008 sans mention palliatifs.

Comité de pharmacologie :

Les réalisations ont été les suivantes :

- ❖ Protocoles de chimiothérapie;
- ❖ Guide pratique dans l'acidocétose et le coma hyperosmolaire;
- ❖ Protocole d'utilisation des opiacés;
- ❖ Révision du protocole pour la prévention de la constipation;
- ❖ Précisions concernant les probiotiques;
- ❖ Problématique en regard du nouveau profil pharmaceutique;
- ❖ Étude des demandes d'ajouts et/ou de retraits de médicaments au formulaire;
- ❖ Protocole de Narcan;
- ❖ Programme d'évaluation d'automédication;
- ❖ Règle d'utilisation des médicaments - Avastin;
- ❖ Révision de la liste des médicaments injectables à domicile;
- ❖ Protocole de prévention et de traitement « Extravasation d'agents antinéoplasiques »;
- ❖ Révision du protocole de détresse respiratoire en phase terminale;
- ❖ Révision de la procédure de préparation colique pour les examens radiologiques;
- ❖ Révision des ordonnances collectives – Influenza A ou B.

Comité multidisciplinaire de traumatologie :

Parmi les huit (8) rencontres tenues, trois (3) d'entre elles ont été consacrées exclusivement à la révision de dossiers de polytraumatisés selon la grille d'évaluation standard.

Sujets discutés :

- ❖ Information concernant l'acquisition d'une sonde vasculaire;
- ❖ Adoption d'une procédure concernant la prise en charge d'un grand brûlé;
- ❖ Adoption d'une procédure concernant l'amputation traumatique du membre supérieur;
- ❖ Révision du formulaire « Observations polytraumatisés- code trauma »;
- ❖ Bris du CR et impacts sur la dispensation des services en traumatologie;
- ❖ Poursuite des travaux du recueil de procédures et du programme de traumatologie;
- ❖ Obligations rattachées à la jouissance du statut ou des privilèges concernant l'implication des médecins au programme de traumatologie;
- ❖ Changements apportés à la Banque de sang lors de demandes de transfusions;
- ❖ Étude d'un rapport d'investigation du coroner.

Département de médecine générale :

Les sujets ont porté sur les éléments suivants :

- ❖ Ordonnance collective – Prélèvement urinaire pour les GHB;
- ❖ Règlement sur le protocole d'application des mesures de contrôle de contention et d'isolement;
- ❖ Procédure concernant les rapports de culture à l'urgence;
- ❖ Irritants concernant le service d'urgence;
- ❖ Réorganisation du travail – travailleurs sociaux;
- ❖ Garde en soins palliatifs;
- ❖ Échange sur une ressource en toxicomanie non accrédité sur le territoire;
- ❖ Recrutement médical;
- ❖ Répartition des membres – choix de vacances;
- ❖ Liste des dossiers à compléter;
- ❖ Charge et responsabilité du médecin oeuvrant en gériatrie;
- ❖ Répartition des fonctions médico-administratives suite à un congé sabbatique d'un membre;
- ❖ Ordonnances pharmaceutiques des patients qui viennent de quitter;
- ❖ Journée d'accueil des résidents – été 2008;
- ❖ Échantillons de médicaments dans l'armoire du médecin de garde;
- ❖ Orientation des clients dans les différentes ressources d'hébergement;
- ❖ Système informatique au service d'urgence - Irritants;
- ❖ Garde en soins palliatifs;
- ❖ SEGA;
- ❖ Échographies cardiaques;
- ❖ Visioconférences avec le Centre de vieillissement de Québec;
- ❖ Journée Carrières;
- ❖ Répartition des membres dans les comités du CMDP;
- ❖ Informations de la représentant au DRMG et coordonnatrice médicale;
- ❖ Consultation en neurologie;
- ❖ Programme de soins palliatifs;
- ❖ Formation EDU – rafraîchissement de la technique de base et formation sur l'accès vasculaire;
- ❖ Approche milieu de vie en SLD;
- ❖ Fonctionnement en courte durée;
- ❖ Formulaire SP-3 – Bulletin de décès;
- ❖ Nouveaux cartables à l'unité de courte durée;
- ❖ Activités d'éducation médicale continue;
- ❖ Poste de DSPH;
- ❖ Préparation intestinale pour les examens radiologiques;
- ❖ Guide d'utilisation du Narcan;
- ❖ Amis des bébés;
- ❖ Rencontre avec l'intervenant en toxicomanie;
- ❖ Rencontre avec le conseiller en réadaptation / prévention SST;
- ❖ Utilisation des lits dédiés à l'hospitalisation;
- ❖ Identification des médecins sur les requêtes d'examen;
- ❖ Processus d'agrément;
- ❖ Non disponibilité du TDM et bris du CR;
- ❖ Visite d'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec;
- ❖ Communication de la chef du service d'urgence et des soins intensifs;
- ❖ Communication de la coordonnatrice locale à l'enseignement.

Département de chirurgie et d'anesthésie :

Les points discutés en cours d'année ont été les suivants :

- ❖ Décision de procéder à la révision des règlements du département de chirurgie et d'anesthésie;
- ❖ Liste d'attente en endoscopie;
- ❖ Liste d'attente des chirurgies mineures;
- ❖ Révision de la documentation à la salle de réveil.

Service d'obstétrique :

Le Service d'obstétrique n'a pas tenu de rencontre formelle au cours de l'année 2008-2009 mais a tout de même procédé à la révision des protocoles suivants :

- ❖ Glycémie néonatale;
- ❖ Révision des critères d'exclusion à la cohabitation.

Assemblée générale du CMDP :

L'assemblée comprend les membres actifs, associés et conseils du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.

Voici les points discutés durant l'année:

- ❖ Situation en radiologie;
- ❖ Recrutement médical;
- ❖ Critères – Clientèle orpheline;
- ❖ Fonctionnement modulaire en courte durée;
- ❖ Poste de directeur général;
- ❖ Motivation des absences aux réunions;
- ❖ Échange sur un organisme en toxicomanie non accrédité sur le territoire de La Matapédia;
- ❖ Rapport de culture à l'urgence;
- ❖ Localisation du vestiaire;
- ❖ Dictée à l'urgence;
- ❖ Visite de résidents dans le cadre du recrutement médical;
- ❖ Informations de la responsable de l'enseignement;
- ❖ Informations du chef du département de pharmacie;
- ❖ Informations de la représentante au DRMG;
- ❖ Présentation des résultats de l'étude rétrospective par critères explicites et implicites sur la prise en charge en soins palliatifs;
- ❖ Élection des membres du Comité exécutif et au poste de président du CMDP;
- ❖ Utilisation des benzodiazépines;
- ❖ Lisibilité des prescriptions de médicaments et d'ordonnances médicales;
- ❖ Adoption du rapport annuel d'activités – 2007-2008;
- ❖ Nomination du chef du service d'urgence et des soins intensifs;
- ❖ Gardes en soins de longue durée;
- ❖ Nouveautés au service d'urgence;
- ❖ Réorganisation du travail au service d'urgence;
- ❖ Trousse médico-légale;
- ❖ Répartition des admissions entre les médecins de tournée hospitalière;
- ❖ Horaire des rencontres et répartition des membres dans les comités;
- ❖ Service d'orthophonie;
- ❖ Présentation de l'absentéisme au travail du personnel de l'établissement;
- ❖ Présentation du carnet de marche;

- ❖ Installation du nouveau TDM;
- ❖ Souper et activités de Noël pour les membres du CMDP et de la fête des enfants;
- ❖ Cotisation annuelle et cotisation spéciale du CMDP;
- ❖ Liste des dossiers à compléter;
- ❖ Compilation de la feuille sommaire;
- ❖ Info-oncologie;
- ❖ Présentation de la procédure « Admission en soins palliatifs – dans la composante hôpital »
- ❖ KCL;
- ❖ Conservation des dossiers médicaux suite à la retraite d'un médecin;
- ❖ Gouvernance clinique en soins infirmiers;
- ❖ Organisation des services médicaux en gériatrie;
- ❖ Information concernant les services en oncologie.

5.4 Comité de vigilance et de la qualité

5.4.1 Liste des membres

Comité de vigilance et de la qualité	
Jean-Claude Leclerc	Président
Claude Pérusse	Membre
Claude Rivard	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	Directeur général

5.4.2 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
32	2008-2009
34	2007-2008
45	2006-2007

Le tableau en page suivante présente une définition sommaire de chaque objet et de chaque catégorie d'objet de plainte, ainsi que le suivi apporté à chacune d'elles.

Numéro et objet sommaire de la plainte	Catégorie d'objet	Suivi de la recommandation
1) IN : Questionnement des médecins au sujet des usagers en RI conduits à l'urgence suite aux conseils de Info-santé, en l'absence des infirmières du Soutien à domicile	Soins et services dispensés	Communiqué émis aux médecins par la Directrice des services professionnels
2) PM : Relations interpersonnelles/attitudes	Relations interpersonnelles	Plainte abandonnée par le plaignant
3) PL : Usager à l'urgence se plaint que des personnes arrivées après lui sont vues plus rapidement	Accessibilité	Aucune recommandation : le mécanisme de triage a été appliqué correctement
4) PL : Usager se plaint de n'avoir pu rencontré un médecin la nuit à l'urgence	Accessibilité	Aucune recommandation : la directive de ne pas rejoindre le médecin de garde pour les priorités de niveau 5 a été respectée
5) PM : Résultats d'examen reçus dans des délais non raisonnables	Soins et services dispensés	Attente de suivi
6) PL : Deux aidantes non consultées lors de l'épisode de soins d'une personne âgée	Relations interpersonnelles	Aucune recommandation : les intervenants étaient de bonne foi et conviennent qu'ils auraient pu impliquer davantage les aidantes
7) PL : Erreur de médicament lors de l'hospitalisation	Soins et services dispensés	Personnel rencontré par le chef de service
8) PL : Attitude du personnel concernant le respect de la confidentialité et organisation du travail à l'unité 2	Relations interpersonnelles / Organisation du milieu	Recommandation acceptée par la direction
9) PL : Porte d'accès à un point de service non adaptée pour les fauteuils roulants	Organisation du milieu et ressources matérielles	Aucun suivi pour le moment
10) PL : Non disponibilité du personnel à l'entrée de l'hôpital	Organisation du milieu et ressources matérielles	Personnel rencontré pour recadrage
11) AS : Problème d'accessibilité au système de prise de rendez-vous	Accessibilité	Démarches faites pour faciliter l'accès.
12) PL : Report d'un examen sans explication	Relations interpersonnelles	Démarches faites pour que l'information soit transmise
13) PL : Réduction d'heures accordées dans le programme personnes handicapées	Aspect financier	Plainte portée en 2 ^e instance au Protecteur du Citoyen
14) PL : Idem P13	Aspect financier	Après analyse, la plainte a été rejetée
15) PL : Réduction d'heures de service pour un couple de personnes âgées	Aspect financier	Plainte portée en 2 ^e instance au Protecteur du Citoyen
16) PL : Réduction d'heures de gardiennage pour un adulte handicapé et demande d'accumulation des heures de gardiennage pour en faire du répit ou pour une utilisation ultérieure	Aspect financier	Aucune recommandation concernant la réduction d'heures. Accumulation des heures : recommandée mais non accepté par le comité PAD
17) PL : Réduction d'une heure par semaine pour AVQ pour une personne handicapée	Aspect financier	Récupération de l'heure par semaine
18) PL : Refus de remboursement pour des journées de répit	Aspect financier	En attente de suivi
19) PL : Service de vaccination antigrippale non disponible dans toutes les municipalités.	Accessibilité	Des décisions vont venir suite à la directive de l'Agence quant à la vaccination massive à l'automne 09
20) IN : Services d'aide à domicile non reçus à la sortie de l'hôpital	Accessibilité	Correctifs implantés concernant : planification du congé plus structurée, relance post-hospitalisation, entente de service plus précise entre le CSSS et l'organisme fournisseur.
21) PL : Long délai pour obtention des services d'hygiène	Accessibilité	Aucun suivi pour le moment
22) PL : Qualité des services (soins d'hygiène et entretien de la chambre) reçus en RI	Soins et services dispensés	Plan d'intervention mis en œuvre. L'utilisateur continuera de se déplacer en fauteuil roulant motorisé, au risque de causer des bris dans sa chambre
23) IN : Qualité des services reçus dans une RI	Soins et services dispensés	En traitement

24) PL : Idem précédent	Soins et services dispensés	Suivi effectué par l'infirmière auxiliaire en support aux RI
25) AS :	Accessibilité	
26) PL : Refus au service de soins à domicile d'une usagère vivant dans une ressource d'hébergement	Accessibilité	Plainte rejetée, les critères d'admissibilité ont été appliqués convenablement
27) PL : Personne orientée en hébergement dans une RI au lieu du CHSLD	Accessibilité	Plainte rejetée; mécanisme d'orientation appliqué selon les procédures
28) PL : Hébergement temporaire de convalescence en ressource privée au lieu qu'en CHSLD; précédemment, des personnes autonomes ont pu bénéficier d'un hébergement temporaire en CHSLD	Accessibilité	Les critères seront mieux définis par la Direction des services à la clientèle
29) PL : Hébergement temporaire en ressource privée au lieu qu'en CHSLD	Accessibilité	Plainte rejetée, les critères d'admissibilité ont été appliqués convenablement
30) PL : Déplacement à plusieurs reprises d'une usagère car appareil d'inhalothérapie défectueux	Organisation du milieu et ressources matérielles	Recommandation appliquée
31) PL : Attitude des technologues et du radiologiste lors d'examen échographique	Relations interpersonnelles	Directives aux employés et opportunités de formation
32) PL : Délai d'attente pour évaluation d'un domicile en vue d'adaptation	Accessibilité	

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

Dossiers traités en 2008-2009, par catégorie

Catégorie de dossiers	Nombre
Plaintes	20
Demandes d'intervention	3
Demandes d'assistance	2
Plaintes médicales	2
Demandes d'assistance	2

Faits saillants issus du rapport de gestion des plaintes en 2008-2009 :

Les données extraites du système d'information nous indiquent l'ordre d'importance suivant dans les objets de plainte. Il est à noter qu'une plainte peut contenir plus d'un objet de plainte et le système d'information cumule indifféremment tous les objets qu'il s'agisse de plainte ou d'intervention. En 2008-2009, 36 objets de plainte ont été répertoriés. Voici le nombre associé aux 4 principaux objets de plaintes :

- ◆ **L'accessibilité** : 13
- ◆ **Soins et services dispensés** : 6
- ◆ **Aspects financiers** : 6
- ◆ **Organisation du milieu et ressources matérielles** : 6
- ◆ **Relations interpersonnelles** : 5

L'accès aux services d'ergothérapie

En 2008-2009, une seule plainte concerne l'accès au service d'ergothérapie. Même si le nombre de clients en attente de service et les délais pour y avoir accès demeure important, nous avons connu une amélioration appréciable à ce chapitre. Les différentes listes d'attente (Soutien à domicile, adaptation de domicile et SEGA) ont été réduites de moitié. Cependant, la liste d'attente en ergothérapie pédiatrique demeure à 38 enfants alors qu'elle était à 48 à la fin de l'année 2007-2008. Même si les cas urgents sont vus plus rapidement, le nombre d'enfants en attente de service est important compte tenu des conséquences à long terme pour ces enfants. L'amélioration s'explique en grande partie par le fait que tous les postes d'ergothérapeutes sont comblés et qu'aucune des professionnelles n'a eu à s'absenter pour cause de maladie ou congé de maternité.

L'offre de service aux personnes handicapées

Au cours de l'exercice 2008-2009, 6 plaintes concernent l'offre de service aux personnes handicapées et plus particulièrement le programme de subvention pour le maintien à domicile de ces personnes. Les plaintes concernent majoritairement la réduction du nombre d'heures de service subventionnées. Trois de ces dossiers de plaintes sont actuellement en cours de traitement au bureau du Protecteur du citoyen.

Le traitement d'un dossier a contribué à la mise en place d'un comité régional visant l'harmonisation de l'offre de service entre les MRC. Les conclusions des dossiers au bureau du Protecteur du citoyen et les travaux du comité régional devraient permettre à l'établissement d'ajuster sa pratique en cette matière.

Le suivi des recommandations

En 2008-2009, le commissaire local aux plaintes et à la qualité a demandé aux gestionnaires du CSSS de La Matapédia d'obtenir un suivi des recommandations dans un délai prédéterminé ce qui facilite les suivis aussi bien à son niveau qu'auprès du comité de vigilance et de la qualité.

5.5 Comité des usagers et comité des résidents

5.5.1 Liste des membres

Comité des usagers	
Georgette Anctil	Vice-présidente
Bernard Blanchet	Secrétaire
Nelson Côté	Trésorier
Jeannine Desmarais	Personne-ressource du CSSS de La Matapédia
Jacques Lemieux	Représentant du comité des résidents

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

5.5.2 Faits saillants 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.

Un bilan commun a été produit pour les deux comités, étant donné que le comité des résidents relève de celui des usagers.

En 2008-2009, le comité des usagers s'est réuni à neuf reprises et celui des résidents à 7 reprises.

Principales activités effectuées en 2008-2009

- ❖ Rencontre avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité pour explication de son rôle et pour établir des collaborations conjointes;
- ❖ Achat d'articles promotionnels (crayons, stylos, bloc-notes) à l'effigie des comités des résidents de la RMAO et des usagers. Distribution individualisée à la RMAO de bloc-notes identifiés au nom du comité;
- ❖ Représentation faite dans le but d'adapter les mécanismes d'ouverture des portes des unités de vie à la RMAO au bénéfice des personnes en fauteuil roulant, et en appui à une recommandation de l'équipe ministérielle visiteuse;

- ❖ Participation des membres du comité des usagers de la Matapédia à la Journée annuelle du Rassemblement des comités des usagers du Bas St-Laurent, à Rivière du Loup;
- ❖ Adoption des règles de fonctionnement des comités par le conseil d'administration du CSSS de La Matapédia;
- ❖ Rencontre avec les deux représentants du comité des usagers au conseil d'administration, dont l'un représente le comité des usagers au comité de vigilance et de la qualité;
- ❖ Implication de deux membres du comité dans les travaux de révision du code d'éthique de l'établissement;
- ❖ Acheminement d'une recommandation à la direction du CSSS sur la question des délais d'attente à l'urgence;
- ❖ Rencontre du comité des résidents avec le directeur général du CSSS;
- ❖ Confection et distribution d'un dépliant explicatif des rôles et des fonctions des deux comités;
- ❖ Tournée de visibilité du comité des usagers dans les quatre ressources intermédiaires du territoire, en collaboration avec le commissaire local aux plaintes;
- ❖ Activités de recrutement afin de combler des sièges vacants au comité des usagers : publicité dans l'Avant Poste et dans les journaux communautaires, contacts individualisés ;
- ❖ Démission du président du comité des usagers, M. Michel Langis;
- ❖ Boîtes à suggestions pour recueillir les minis sondages rendues disponibles dans toutes les installations du CSSS (RMAO, hôpital, les 3 CLSC du territoire);
- ❖ Rencontre du comité des usagers avec le directeur général du CSSS;
- ❖ Activité sociale réunissant le comité des usagers et des résidents;
- ❖ Intervention d'assistance et d'accompagnement d'une usagère en lien avec un hébergement dans une ressource intermédiaire;
- ❖ Parution d'un article dans l'Avant-Poste sur les délais d'attente à l'urgence;
- ❖ Acheminement à la direction du CSSS de deux recommandations : l'une visant le processus d'hébergement et l'autre l'évaluation d'un milieu d'hébergement.

5.5.3 Suites apportées par le conseil d'administration

En 2008-2009, 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, selon chacune des recommandations formulées, le suivi qui y a été apporté :

Recommandations du comité des usagers

Nature de la recommandation	Suivi apporté
R1 : Examen des délais d'attente à l'urgence (09-08)	Explications de la direction du CSSS fournies sur la source des délais. Parution d'un communiqué d'information à la population.
R2 : Évaluation de la qualité des services dans une RI (01-09)	Travaux en cours effectués par la direction.
R3 : Analyse de l'offre de service en hébergement (01-09)	Travaux en cours effectués par la direction.

Recommandations du comité des résidents

Nature de la recommandation	Suivi apporté
R1 : Moyens pour limiter la perte des vêtements personnels (04-08)	Registre installé sur les départements.
R2 : Installation de mécanismes des portes des unités à la hauteur des personnes en fauteuil roulant (04-08)	Travaux entièrement finalisés.

Orientations à privilégier pour 2009-2010

- ❖ Tenir la première assemblée générale annuelle, le 14 avril 2009;
- ❖ Augmenter la visibilité auprès de la population; une tournée s’amorce dans ce sens du 15 avril au 6 mai 2009 auprès des groupes de la communauté;
- ❖ 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.

5.6 Comité de gestion des risques

5.6.1 Liste des membres

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

5.6.2 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.*

Principales activités du comité gestion des risques en 2008-2009 :

Le comité a tenu cinq 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 : Procéder à l'installation de tapis dans les halls d'entrée de l'hôpital et du CLSC de Causapscal (04-08)	Travaux entièrement réalisés.
R2 : Instaurer des mesures pour sécuriser le transport des tubes de prélèvement via les points de service des CLSC.(04-08)	Tubes placés dans des caissettes de styromousse.
R3 : Accroître l'encadrement clinique du personnel infirmier dans un objectif d'imputabilité par rapport aux erreurs commises. (01-09)	Mise en œuvre d'une gouvernance clinique.
R4 : Mettre en œuvre des moyens afin de s'assurer de l'utilisation de la Méthode des soins infirmiers. (01-09)	Interventions de support des conseillères cliniques en soins infirmiers.
R5 : Assurer l'entretien préventif des brancards disponibles à l'hôpital d'Amqui et implanter un plan d'entretien préventif pour l'équipement requis en mesures d'urgence, et ce, dans toutes les installations du CSSS. (01-09)	Travaux en cours.
R6 : Élaborer et mettre en œuvre un plan d'entretien préventif visant tous les équipements (ex : lits, lève-personnes) utilisés par les usagers et les résidents de nos installations. (01-09)	Travaux en cours.

5.6.3 Types d'infections nosocomiales faisant objet d'une surveillance systématique

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 2008-2009 était la suivante :

Comité prévention des infections	
Jean Martin	Médecin
Harold Bernatchez	Médecin consultant
Suzanne Blanchette	Conseillère clinique en soins infirmiers
Henriette Thériault	Conseillère clinique en soins infirmiers
Mylène Guénard	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;*
- ❖ *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.*

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 pour l'exercice 2008-2009 révèle ce qui suit :

Type d'infection nosocomiales	2007-2008	2008-2009
Batériémies à staphylococcus aureus et ERV	Aucun cas	Aucun cas
C. Difficile		
Catégorie 1	2 cas	4 cas
Catégorie 2C	1 cas	Aucun cas
Catégorie 3	4 cas	3 cas
SARM		
Catégorie 1	11 cas	8 cas
Catégorie 2A	9 cas	7 cas
Catégorie 2B	7 cas	5 cas
Catégorie 3	4 cas	6 cas
Catégorie 4	1 cas	Aucun cas

5.7 Conseil multidisciplinaire

Le CSSS de La Matapédia était depuis quelques années dépourvu d'un conseil multidisciplinaire. Toutefois, les démarches entreprises au cours de l'exercice financier afin de stimuler la reprise de cette instance essentielle dans le plan d'organisation de l'établissement ont été fructueuses. En effet, un groupe de professionnels du CSSS de La Matapédia, provenant d'horizons diversifiés et stimulés par le défi, constitueront officiellement le conseil multidisciplinaire, et ce, dès l'automne 2009.



6.1 État des résultats du fonds d'exploitation

Fonds d'exploitation – activités principales

exercice terminé le 31 mars 2009

RÉSULTATS – SOMMAIRE				NOTES
		Exercice courant 1	Exercice précédent 2	
ACTIVITÉS PRINCIPALES				
REVENUS				
Agence et MSSS	01	31,286,324	XXXX	①
Usagers.....	02	1,618,248	XXXX	②
Ventes de services	03	116,994	XXXX	③
Recouvrements.....	04	155,166	XXXX	④
Donations (=P300, L30+L31, C2+P302, L18, C1)	05		XXXX	
Subvention du Gouvernement fédéral	06		XXXX	
Autres revenus.....	07	72,865	XXXX	
TOTAL (L.01 à L.07).....	08	33,249,597	XXXX	
.....	09	XXXX	XXXX	
.....	10	XXXX	XXXX	
.....	11	XXXX	XXXX	
CHARGES				
Salaires.....	12	15,963,247	XXXX	
Avantages sociaux.....	13	4,638,732	XXXX	
Charges sociales	14	2,463,937	XXXX	
Médicaments	15	647,914	XXXX	⑤
Produits sanguins (sans incidence sur la trésorerie)	16	620,176	XXXX	⑥
Fournitures médicales et chirurgicales	17	718,264	XXXX	⑦
Denrées alimentaires	18	261,477	XXXX	
Créances douteuses	19		XXXX	
Variation provision pour vacances, congé maladie, fériés, mobiles, Rétention et quart stable de nuit	20	124,377	XXXX	
.....	21	XXXX	XXXX	
.....	22	XXXX	XXXX	
.....	23	XXXX	XXXX	
.....	24	XXXX	XXXX	
Autres charges :				
Intérêts sur emprunts	25	2,709	XXXX	
Entretien et réparations.....	26	597,978	XXXX	
Autres dépenses.....	27	7,163,619	XXXX	
TOTAL (L.12 à L.27).....	28	33,202,430	XXXX	
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS PRINCIPALES (L.08 – L.28).....	29	47,167	XXXX	
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	XXXX	
Affectés au fonds d'immobilisation – projets autofinancés.....	31	49,638	XXXX	
Affectés au fonds d'immobilisation – autres	32	223,714	XXXX	
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) des activités principales après contribution provenant ou affectées à d'autres fonds (L.29+L.30-L.31-L.32	33	53,476	XXXX	

SOURCE : Page 200 du rapport financier annuel AS-471

NOTES COMPLÉMENTAIRES

NOTES	DESCRIPTION	RÉFÉRENCE AS-471	31 MARS 2009	31 MARS 2008
1	<u>REVENUS DE LA R.R.S.S.-01</u> ➔ Budget net ➔ Rectificatif des revenus ➔ Rectificatifs des charges ➔ Produits sanguins (SIT) ➔ Augmentation du financement ➔ Variation des revenus reportés	Page 300 L. 19 C. 2 L. 20 C. 2 L. 21 C. 2 L. 22 C. 2 L. 23 C. 2 L. 24 C. 2 L. 25 C. 2	28 820 333 385 100 (1 860) 360 034 1 669 053 53 664 <hr/> 31 286 324	
2	<u>REVENUS DES USAGERS</u> ➔ Suppléments de chambre ➔ Autres responsabilités ➔ Adultes hébergés - CH - RMAO - RESS. IN- TERM. - RTF	Page 301 L. 19 C. 5 L. 22 C. 5 L. 23 C. 5 L. 24 et 28 C. 5 L. 25 C. 5 L. 26 C. 5 L. 31 C.5	74 439 146 243 --- 803 731 573 055 20 780 <hr/> 1 618 248	
3	<u>REVENUS VENTES DE SERVICES</u> ➔ Administration des soins ➔ Alimentation	Page 650, ligne 18 c/a 6000 c/a 7550 P. 300 L. 12 C. 2	2 275 114 719 <hr/> 116 994	

NOTES COMPLÉMENTAIRES

NOTES	DESCRIPTION	31 MARS 2009	31 MARS 2008	
4	<u>RECOUVREMENTS DES CENTRES D'ACTIVITÉS</u>			
	➔ Médecins	4 546		
	➔ Prêt de services	30 283		
	➔ Approvisionnement	1 000		
	➔ Administration du personnel	3 946		
	➔ Aide à domicile	11 106		
	➔ Inhalothérapie	425		
	➔ Programme canadien nutrition parentale	17 288		
	➔ Administration services professionnels	1 000		
	➔ Réaffectation CSST	10 375		
	➔ Administration financière	1 765		
	➔ Résumés de dossiers – Archives	5 512		
	➔ Besoins spéciaux	1 554		
	➔ Transport Centre de jour et repas	10 128		
	➔ Câblotvision	2 255		
	➔ Déchets biomédicaux	210		
	➔ Laboratoire	2 071		
	➔ Vieux films – Imagerie médicale	546		
	➔ Entretien sanitaire – Osmose	11 691		
	➔ CLSC	30 694		
	➔ Préparation pharmaceutique	2 064		
	➔ Fondation OLO	4 532		
	➔ Physiothérapie - Ergothérapie	1 424		
	➔ Divers	751		
			155 166	

NOTES COMPLÉMENTAIRES

NOTES	DESCRIPTION	RÉFÉRENCE AS-471	31 MARS 2009	31 MARS 2008
5	<u>MÉDICAMENTS</u> ➔ Usagers externes ➔ Usagers hospitalisés ➔ Usagers hébergés ➔ CLSC ➔ Autres	Page 333 L. 28 C. 1 L. 28 C. 2 L. 28 C. 3 L. 28 C. 4 L. 28 C. 5	153 231	
			322 783	
			171 900	

			647 914	
6	<u>PRODUITS SANGUINS</u> ➔ Coût sans incidence sur la trésorerie des culots globulaires utilisés en cours d'année (355 unités)	Page 200 L. 16 C. 1	620 176	
			620 176	
7	<u>FOURNITURES MÉDICALES ET CHIRURGICALES</u> ➔ Cathéters ➔ Sutures mécaniques ➔ Instruments ➔ Appareil à soluté ➔ Autres	Page 340 L. 21 C. 2 L. 22 C. 2 L. 23 C. 2 L. 24 C. 2 L. 25 C. 2	22 242	
			28 022	
			38 866	
			13 878	
			615 256	
			718 264	

6.2 Bilan du fonds d'exploitation

	Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF		
À COURT TERME		
Encaisse01	1,545,501	13,012
Placements temporaires.....02		
Débiteur-Agence et MSSS03	659,468	877,123
Autres débiteurs Réf. page 360, ligne 10, colonne 104	205,924	197,994
Charges payées d'avance Réf. page 360, ligne 17, colonne 105	285,055	288,273
Stocks..... Réf. page 360, ligne 24, colonne 106	705,490	674,719
Créances interétablissement (préciser).....07		
Créances interfonds.....08		
Autres éléments.....09		
Total de l'actif à court terme (L.01 à L.09).....10	3,401,438	2,051,121
SUBVENTION À RECEVOIR-RÉFORME COMPTABLE11	2,649,041	XXXX
PLACEMENTS À LONG TERME12		
AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIF.....13		
TOTAL DE L'ACTIF (L.10 à L.13).....14	6,050,479	2,051,121
PASSIF		
À COURT TERME		
Découvert de banque.....15		261,575
Emprunts16		81,320
Créditeur – Agence et MSSS17		
Autres créditeurs Réf. page 361, ligne 21, colonne 118	4,831,009	2,129,357
Intérêts courus à payer19		
Dettes interétablissements (préciser).....20		
Dettes interfonds21	1,930,046	169,270
Fraction de moins d'un an de la dette à long terme.....22		
Revenus reportés – activités principales :		
- Agence VOIR PAGE 290, LIGNE 30, COLONNE 523	951,952	1,005,616
- Autres24	111,849	139,813
Revenus reportés – activités accessoires :		
- Programme d'aide aux joueurs pathologiques25		
- Projets de recherche en cours.....26		
- Projets de recherche terminés27		
- Autres (préciser)28		
Autres éléments (préciser).....29		
TOTAL DU PASSIF À COURT TERME (L.15 à L.29)30	7,824,856	3,786,951
À LONG TERME		
Emprunts31		
Obligations.....32		
TOTAL (L.31 + L.32).....33		
AUTRES ÉLÉMENTS DU PASSIF34	55,689	13,385
TOTAL DU PASSIF (L.30 + L.33 + L.34)35	7,880,545	3,800,336
SOLDE DE FONDS36	(1,830,066)	(1,749,215)
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.35 + L.36)37	6,050,479	2,051,121

SOURCE : Page 241 du rapport financier annuel AS-471

6.3 Variation des revenus reportés

Fonds à destination spéciale

exercice terminé le 31 mars 2009

VARIATION DES REVENUS REPORTÉS

	Destination No 1 1	Destination No 2 2	Destination No 3 3	Destination No 4 4	Destination No 5 5
REVENUS REPORTÉS					
Solde redressé au 1 ^{er} avril 2008 01	504,265				504,265
Montant de l'exercice inscrit à titre de revenu reportés VOIR NOTE 01 02	88,031				88,031
Revenus reportés transférés au :					
Fonds d'exploitation :					
Activités principales 03					
Activités accessoires 04					
Fonds d'immobilisations..... 05	74,673				74,673
Autres fonds (préciser)..... 06					
TOTAL (L.03 à L.06) 07	74,673				74,673
Solde à la fin (L.01 + L.02 – L.07) 08	517,623				517,623

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

- Colonoscope
- Pléthysmographe

6.4 Résultats et soldes des fonds

Autres fonds		RÉSULTATS ET SOLDES DES FONDS			exercice terminé le 31 mars 2009		
RÉSULTATS		Fonds de dotation		Total C1 + C2	Fonds à destination spéciale		
		Revenus réservés	Revenus non réservés			1	2
REVENUS							
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							
CHARGES							
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							
SOLDE DE FONDS		Fonds de dotation					
		Capital période indéterminée	Revenus reportés		Fonds à destination spéciale		
		2	3		4		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU 31 MARS 2008 16			XXXX		504,265		
Réforme comptable – Redressement pour le 1 ^{er} avril 2008 :							
Virements aux revenus reportés 17					(504,265)		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) REDRESSÉ AU 1^{ER} AVRIL 2008 (L.16 + L.17) 18			XXXX		0		
ADDITIONS (DÉDUCTIONS)							
Exdédent (déficit) des revenus sur les charges 19		XXXX					
Dons d'une fondation :	- Dons d'immobilisations 20				88,031		
	- Autres dons 21						
Dons d'autres provenances :	- Dons d'immobilisations 22						
	- 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					88,031		
MONTANT DE L'EXERCICE VIRÉ À TITRE DE REVENUS REPORTÉS 32			XXXX		(88,031)		
VARIATION DE L'EXERCICE DU CAPITAL – PÉRIODE INDÉTERMINÉE 33				XXXX	XXXX		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN – Dotation (L.18 + L.33) 34				XXXX	XXXX		
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN – Destination spéciale (L.18 + L.31 + L.32) 35			XXXX	XXXX	0		



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 Loi¹ 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^e 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;

¹. 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^e 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

(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^e 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^e 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^e 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^e et 4^e 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

