

**Centre de santé et de services sociaux
de Montmagny-L'Islet**



RAPPORT ANNUEL 2006-2007

OCTOBRE 2007

NOTE AU LECTEUR

Afin de faciliter la compréhension des lecteurs et d'alléger le texte, nous avons employé le numéro des projets de loi pour désigner les lois auxquelles nous avons fait référence dans ce rapport annuel de gestion.

TABLE DES MATIÈRES

LE CSSSML ET SON MILIEU	5
Préambule	6
Message de la présidente du conseil d'administration et de la directrice générale	7
Les perspectives 2006-2007	9
La déclaration de fiabilité	10
Le code d'éthique et de déontologie	10
Le CESSML en un coup d'œil	11
Les données de santé publique	13
Les membres du conseil d'administration	14
L'équipe de direction	15
L'organigramme	16
Les ressources humaines	17
Le rapport de plaintes	17
Les partenaires du réseau local	18
Les conseils consultatifs	19
LES RÉSULTATS	23
La Direction des services dans la communauté	24
La Direction du programme perte d'autonomie liée au vieillissement	39
La Direction du programme de santé physique	44
La Direction de la qualité des services et des soins infirmiers	51
La Direction des ressources humaines et des ressources informationnelles	53
La Direction des services techniques et informatiques	56
La Direction des services professionnels	59
La Direction des ressources financières	61
LES ÉTATS FINANCIERS	64
État des résultats du fonds d'exploitation	65
Bilan du fonds d'exploitation	66
Rapport du vérificateur	67
LES ANNEXES	
Annexe 1 – Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration	70
Annexe 2 – Prestation sécuritaire de services	75

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACMDP	Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens
AEO	Accueil-évaluation-orientation
ASSSCA	Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DRMG	Département régional de médecine générale
HDL	Hôtel-Dieu de Lévis
HLM	Habitation à loyers modiques
I-CLSC	Système de gestion de l'information locale des statistiques cliniques
IPAC	Initiative partenariat en action communautaire
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NEGS	Naître égaux - Grandir en santé
OLO	Programme «Œuf,lait,orange»
OMH	Office municipal d'habitation
PAL	Plan d'action local
PPALV	Programme perte d'autonomie liée au vieillissement
PRIISME	Programmes régionaux intégrés d'information, de suivi médical et d'enseignement
Projet REMI	Projet Réagir, Mobiliser, Intervenir
PSI	Plan de services individualisés
PSJP	Programme de soutien aux jeunes parents
RLS	Réseau local de services
RTF	Ressource de type familial
SAD	Soutien à domicile
SCIAD	Suivi clinique intelligent à domicile
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SRIC	Service de réadaptation et d'intégration communautaire
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund

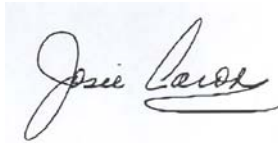
LE CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTMAGNY-L'ISLET ET SON MILIEU



PRÉAMBULE

C'est avec fierté que les membres du conseil d'administration et de la direction du Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet présentent le rapport annuel de gestion de l'année financière 2006-2007.

Celui-ci fait principalement état du niveau d'atteinte des cibles de résultats inscrites à l'entente de gestion convenue entre notre établissement et l'Agence de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. En produisant ce rapport et en le rendant public, le Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet répond à l'exigence de reddition de comptes de l'établissement envers le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Agence régionale et la population du territoire.



Josée Caron
Présidente du conseil d'administration



Marie-Claude Ouellet
Directrice générale

MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

Tenant compte des objectifs organisationnels inscrits à la planification stratégique 2006-2009 de l'établissement, l'année 2006-2007 a donné lieu à plusieurs activités de consolidation et d'harmonisation des services dans les différentes sphères d'activités. C'est également au cours de la dernière année que nous avons préparé la toute première démarche d'accréditation de la qualité des services, réalisée par le Conseil canadien d'agrément des services de santé en mai 2007.

L'adoption de la loi 83 (loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives) a, par ailleurs, entraîné plusieurs changements au sein des établissements du réseau. Ainsi, au cours de l'automne 2006, un processus d'élection et de désignation des nouveaux membres du conseil d'administration s'est amorcé et en janvier 2007, le nouveau conseil d'administration de l'établissement siégeait pour la première fois.

Notons que celui-ci est composé de dix-huit personnes nommées pour un mandat de trois ans et qu'il accueille quinze nouveaux membres. Des activités d'appropriation des composantes de l'organisation ont donc été réalisées au cours des premiers mois de l'année. De plus, le nouveau conseil d'administration a maintenu la pratique de se déplacer dans les sites de l'organisation situés aux quatre pôles du territoire pour la tenue des séances publiques, favorisant ainsi la présence des citoyens à ces rencontres.

La loi 83 demandait également aux centres de santé et de services sociaux nouvellement créés de mettre sur pied une structure de consultation de sa population. Sur notre territoire, les membres du conseil d'administration ont convenu de mettre en place un forum de la population, composé d'un représentant de chacune des vingt-huit localités de Montmagny-L'Islet. Celui-ci a tenu une première rencontre en avril 2007 et le mandat de ce comité est principalement de donner avis sur l'organisation des services de santé et des services sociaux sur le territoire.

Conformément à cette même loi, l'établissement a désigné un commissaire local aux plaintes et à la qualité des services dont la fonction est exclusive. Ce dernier donne suite aux différentes plaintes déposées en faisant enquête et en formulant les recommandations appropriées. Notons que les plaintes mettant en cause un médecin de l'établissement sont traitées par le médecin examinateur nommé à cette fin par le conseil d'administration.

En guise de rétrospective des principaux dossiers traités en cours d'année, rappelons qu'en novembre 2006, le projet d'organisation clinique de notre Centre de santé était déposé à l'Agence régionale. Celui-ci avait fait l'objet de travaux échelonnés sur plus d'un an, travaux réalisés par neuf équipes de travail composées d'employés du Centre de santé et de partenaires du milieu. Chaque équipe de travail représentait un programme services offert par le réseau local de services de Montmagny-L'Islet.

Ainsi, après avoir réfléchi et analysé les principales données portant sur l'état de santé et les caractéristiques de notre population, échangé sur les services actuellement dispensés par chacun des partenaires impliqués (jeunes en difficulté, perte d'autonomie liée au vieillissement, problématique de santé mentale, etc.), avoir fait consensus sur les services à consolider ou à développer pour améliorer l'offre de service à la clientèle, des priorités d'action sur trois ans ont été retenues pour chaque programmes services.



Marie-Claude Ouellet
Directrice générale

Josée Caron
Présidente du conseil
d'administration

Le projet d'organisation clinique présente donc les actions prioritaires à réaliser au cours des trois prochaines années, en partenariat avec les organismes concernés de Montmagny-L'Islet.

Au plan de la communication externe, le Centre de santé a mis sur pied son site WEB (www.csssml.qc.ca) et les journaux communautaires ont été mis à contribution pour transmettre de l'information « grand public » sur les services dispensés par l'établissement ou toute autre information contribuant à la responsabilisation des individus envers leur propre santé.

L'établissement a terminé l'année en équilibre budgétaire. Toutefois, de nombreuses représentations ont été faites auprès des dirigeants de l'Agence régionale afin de faire reconnaître les difficultés financières rencontrées par l'établissement de même que sa contribution exceptionnelle à la diminution des listes d'attente tant au plan des chirurgies de la hanche et du genou qu'au plan de la chirurgie de la cataracte.

Par ailleurs, les travaux se sont poursuivis tout au long de l'année dans la préparation de l'agrandissement et du réaménagement de plusieurs services de l'Hôpital de même que dans le dossier de la construction des maisons d'hébergement dans les localités de Sainte-Perpétue et de Saint-Eugène.

En ce qui a trait à la gestion des ressources humaines, plusieurs activités d'harmonisation des pratiques ont été initiées en cours d'année et la négociation de vingt-six matières locales a suscité de nombreux échanges avec les représentants syndicaux. De plus, les activités de recrutement du personnel notamment pour les secteurs en pénurie ont donné lieu à de meilleurs résultats puisque l'établissement a pu être plus proactif dans la tenue de ces activités.

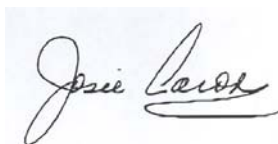
Le personnel de l'établissement a été particulièrement sollicité dès septembre 2006 par la mise en place des équipes d'auto-évaluation des services, en préparation à la visite du Conseil canadien d'agrément. Nous remercions toutes les personnes qui ont accepté de s'impliquer dans cette étape importante de l'amélioration continue de la qualité des services dispensés par l'établissement.

Enfin, nous tenons à reconnaître l'excellent travail fait par le personnel de l'établissement, et ce, tant par le personnel clinique et médical que par le personnel soutien. Notre centre de santé et des services sociaux doit pouvoir compter sur un personnel compétent et préoccupé par la qualité des services à la clientèle. L'implication active de notre personnel à l'atteinte des objectifs « qualité » ciblés par l'établissement témoigne de cet engagement envers la population.

Grâce à l'engagement de tous, membres du conseil d'administration, personnel, médecins, gestionnaires et bénévoles, le Centre de santé et des services sociaux de Montmagny-L'Islet demeure une organisation dynamique qui se développe en ayant comme principale préoccupation d'offrir les meilleurs services à la population de Montmagny-L'Islet. MERCI de partager avec nous ce grand objectif qualité !

Nous remercions toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce rapport.

Bonne lecture !



Josée Caron
Présidente du conseil d'administration



Marie-Claude Ouellet
Directrice générale

LES PERSPECTIVES 2006-2007

- Élaborer le plan de mise en œuvre des travaux devant conduire à la révision et à la diffusion de l'offre de service du Réseau local de services de Montmagny-L'Islet et des priorités d'action qui s'y rattachent par programme service, en complémentarité avec les partenaires concernés dans un souci d'équité et d'harmonisation.
- Identifier les priorités d'actions et signer les ententes de service avec les partenaires de la région et les partenaires du milieu dans le but d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la complémentarité des services offerts à la population du territoire.
- Mettre en place une structure de consultation, formée de représentants de la population de Montmagny-L'Islet.
- Développer des mécanismes de communication et d'éducation grand public afin de promouvoir de saines habitudes et la responsabilisation des individus au regard de leur propre santé.
- Supporter la démarche d'agrément de l'établissement.
- Assurer une utilisation judicieuse des ressources consenties à l'établissement afin d'optimiser l'offre de service de l'établissement en lien avec les besoins de la population de Montmagny-L'Islet.
- Maintenir et améliorer la mobilisation du personnel de l'établissement par la mise en place de mesures appropriées dans chacun des programmes services.
- Intensifier les mesures d'attraction et de rétention des professionnels, médecins, spécialistes et cadres au sein de l'établissement.
- Superviser les travaux liés à la réalisation de plans fonctionnels et techniques, de développement et de maintien d'actifs.
- Poursuivre l'harmonisation des pratiques professionnelles et administratives qui mènent à une meilleure organisation du travail.

DÉCLARATION DE FIABILITÉ

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 2006-2007 du Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet (CSSSML) :

- 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 ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2007.

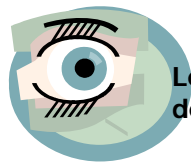


Marie-Claude Ouellet
Directrice générale

LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le CSSSML a adopté un code établissant les devoirs et obligations des membres du conseil d'administration en matière d'éthique et de déontologie. Ce code est reproduit à l'annexe1 du présent document.

Aucun cas contrevenant à ces règles n'a été traité en 2006-2007.



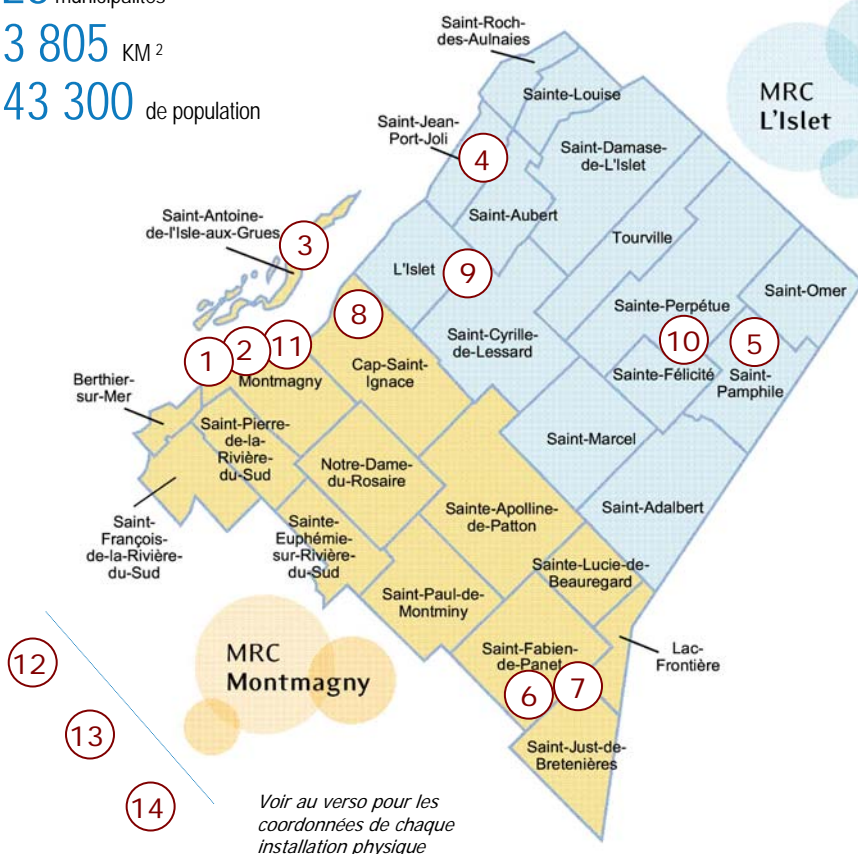
Le Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet est un établissement de soins généraux et spécialisés qui dispense des services de première et de deuxième ligne en soins de courte durée, des services communautaires et de l'hébergement de longue durée. L'établissement bénéficie d'un budget annuel de plus de 60 millions de dollars et dispose de 262 lits en longue durée et de 71 lits en courte durée. Plus de 1 200 employés et plus de 100 médecins, répartis dans 14 installations physiques, contribuent à offrir des services de santé et des services sociaux à une population de 43 300 personnes sur le territoire des MRC de Montmagny et de L'Islet, ainsi qu'à la région Chaudière-Appalaches pour les programmes de santé au travail et de la buanderie communautaire.

LES VALEURS ORGANISATIONNELLES

Confidentialité
Humanisme
Équité
Respect
Engagement
Excellence

LE TERRITOIRE DE MONTMAGNY-L'ISLET

2 MRC
28 municipalités
3 805 KM²
43 300 de population



LA MISSION

Le CSSS de Montmagny-L'Islet est un établissement qui offre une gamme de services de santé physique, psychosociaux et communautaires, notamment aux plans préventif, curatif, éducationnel, de réadaptation et de réinsertion dans la communauté. Plus particulièrement, des services médicaux généraux et spécialisés en modes hospitalier et ambulatoire sont accessibles ainsi que des services d'hébergement sous la forme de milieux de vie substituts centrés sur les besoins de la personne.

Tout en recherchant l'excellence, l'efficacité et l'équité dans la distribution des services, le CSSS de Montmagny-L'Islet s'engage à assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et des services en complémentarité avec les établissements et les organismes du milieu, et ce, dans le respect des ressources disponibles.

Le CSSS de Montmagny-L'Islet contribue par ses actions auprès de la collectivité, à ce que chaque personne adhère aux principes de promotion de la santé, de prévention de la maladie et de prise en charge de sa santé globale.

LES INSTALLATIONS PHYSIQUES

1 HÔPITAL

5 CLSC

6 CENTRES D'HÉBERGEMENT

71
lits de
courte durée

263
lits de
longue durée

Mandataire des services de SANTÉ AU TRAVAIL pour la région Chaudière-Appalaches répartis sur 4 points de services

1	Hôpital de Montmagny	350, boul. Taché Ouest Montmagny (Québec) G5V 3R8	(418) 248-0630	71	10
2	CLSC et Centre d'hébergement de Montmagny	168, rue Saint-Joseph Montmagny (Québec) G5V 1H8	(418) 248-1572		65
3	CLSC de Montmagny Point de services de L'Isle-aux-Grues	101, rue de la Volière Saint-Antoine de l'Isle-aux-Grues (Québec) G0R 1P0	(418) 248-4651		
4	CLSC et Centre d'hébergement de Saint-Jean Port-Joli	430, rue Jean-Leclerc Saint-Jean Port-Joli (Québec) G0R 3G0	(418) 598-3355		36
5	CLSC de Saint-Pamphile	103, du Foyer Nord Saint-Pamphile (Québec) G0R 3X0	(418) 356-3393		
6	CLSC de Saint-Fabien-de-Panet	10, rue Alphonse Saint-Fabien-de-Panet (Québec) G0R 2J0	(418) 249-2511		
7	Centre d'hébergement de Saint-Fabien-de-Panet	19, rue Principale Saint-Fabien-de-Panet (Québec) G0R 2J0	(418) 249-4054		35
8	Centre d'hébergement de Cap-Saint-Ignace	146, du Manoir Est Cap Saint-Ignace (Québec) G0R 1H0	(418) 246-5644		41
9	Centre d'hébergement de Saint-Eugène	514, boul. Nilus-Leclerc L'Islet (Québec) G0R 1X0	(418) 247-3927		36
10	Centre d'hébergement de Sainte-Perpétue	8, avenue du Foyer Sainte-Perpétue (Québec) G0R 3Z0	(418) 359-2247		40
11	Direction des ressources humaines et des ressources informationnelles	Édifice André-Wingen 22, avenue Côté Montmagny (Québec) G5V 1Z9	(418) 248-0639		
	Direction des ressources financières	Édifice André-Wingen 18, avenue Côté Montmagny (Québec) G5V 1Z9	(418) 234-1211		
12	Santé au travail Chaudière-Appalaches Point de services Grand Littoral	975, de la Concorde Saint-Romuald (Québec) G6W 8A7	(418) 380-2070		
13	Santé au travail Chaudière-Appalaches Point de services Thetford	17, rue Notre-Dame Ouest Thetford Mines (Québec) G6G 1J1	(418) 338-6147		
14	Santé au travail Chaudière-Appalaches Points de services Beauce	12523, 25 ^e avenue Saint-Georges Est (Québec) G5Y 5N6	(418) 228-6272		
		1131, boul. Vachon Nord Sainte-Marie (Québec) G6E 1M9	(418) 387-4298		

LES ORIENTATIONS ORGANISATIONNELLES 2006-2009

- 1 Consolider la nouvelle instance locale qu'est le Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet (CSSSML) par le respect des ententes de gestion et d'imputabilité convenues avec l'Agence régionale, les ententes de partenariat à formaliser avec les partenaires locaux et régionaux du réseau local, la poursuite des plans fonctionnels et techniques, l'équilibre budgétaire, l'instauration d'une compréhension commune des équipes sur notre nouvelle identité et sur l'environnement modifié du CSSSML.
- 2 Promouvoir la responsabilisation des individus au regard de leur propre santé.
- 3 Assurer l'accessibilité, la continuité, la qualité et la prestation de soins et services sécuritaires dans le respect des ressources disponibles.
- 4 Favoriser le développement et le maintien d'un personnel engagé par un climat organisationnel stimulant et un plan de développement en lien avec la nouvelle réalité du CSSSML.

LE BUDGET
(au 31 mars 2007)

60,3M \$

LES PERSONNES

(au 31 mars 2007)

1228 employés (74,4% en postes permanents)

133 médecins, dentistes, pharmaciens

200 bénévoles

www.csssml.qc.ca

LES DONNÉES DE SANTÉ PUBLIQUE

- La population des MRC de Montmagny et de L'Islet regroupait en 2004 un nombre de 42 848 personnes, réparties dans 24 municipalités qui totalise 3 805 km².
- Les projections démographiques prévoient une diminution de la population de 2,9 % pour le territoire de Montmagny-L'Islet d'ici 2012. Ainsi, la population passerait de 42 848 personnes à 41 602 personnes.
- La proportion de jeunes est inférieure à la région Chaudière-Appalaches, particulièrement sur le territoire de la MRC de L'Islet. Le territoire vit également un exode des jeunes de 15 à 19 ans plus important que dans la région.
- Le vieillissement de la population est plus marqué sur le territoire de Montmagny soit 20,4 % de la population en 2004, comparativement à 15,5 % de la population dans L'Islet.
- À l'instar de la région Chaudière-Appalaches, le territoire de Montmagny-L'Islet vit une diminution constante du nombre de naissances (variations 1987-2003 : -29,8 %).
- Le nombre de naissances de bébés de petits poids est assez stable depuis les quinze dernières années au Québec et sur notre territoire.
- Dans Montmagny-L'Islet, 31,1 % de la population avait moins de 9 ans de scolarité en 2000, comparativement à 21,7 % de la population en Chaudière-Appalaches.
- Entre 1997 et 2002, les principaux motifs d'hospitalisation chez les 35-64 ans sont les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies de l'appareil digestif.
- L'indice de défavorisation du milieu socio-économique est plus important au sud des MRC de Montmagny et de L'Islet que près du fleuve. De plus, le taux de signalement retenus en protection de la jeunesse pour cause de négligence et de troubles de comportement chez le jeune est en constante augmentation notamment au sud des MRC (données 2005-2006).
- Le taux de décrochage scolaire, phénomène davantage masculin, est plus élevé pour le territoire desservi par la Commission scolaire de la Côte-du-Sud (22,8 % en 2003) que dans la région (18,2 % en 2003).
- Dans le Réseau local de services de Montmagny-L'Islet, les revenus moyens par ménage sont plus bas (39 584 \$ en 2000) que dans la région Chaudière-Appalaches (46 522 \$ en 2000).
- Entre 1997 et 2001, les principales causes de décès chez les 18-34 ans sont les accidents de transport, les suicides et les tumeurs.
- Entre 1997 et 2001, les principales causes de décès chez les 35 à 49 ans sont les tumeurs, les suicides et les maladies de l'appareil circulatoire.
- Entre 1997 et 2001, les principales causes de décès chez les 50 à 64 ans sont les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire et les suicides.
- Entre 1997 et 2001, les principales causes de décès chez les 65 ans et plus sont les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies de l'appareil respiratoire.

LES MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION



Première rangée, de gauche à droite :

Diane Morneau	Membre cooptée
Marie-Claude Ouellet	Directrice générale
Josée Caron	Représentante de la population
Denise Laprise	Représentante du conseil multidisciplinaire
Jean-Pierre Magnan	Représentant de la population
Carmen Tremblay	Représentante désignée par l'Agence

Deuxième rangée, de gauche à droite :

Danielle Grégoire	Représentante du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
David-Guy Nantel	Représentant du Conseil des infirmières et des infirmiers
Michèle Boulanger	Représentante du Département régional de médecine générale
Gil W. Dupont	Représentant de la population
Gaétan Deladurantaye	Représentant des employés
Jacques Mercier	Représentant des fondations
René Laverdière	Représentant de la population
Simon Morin	Représentant du comité des usagers

Absents sur la photo

Jean-Louis Légaré	Représentant du Conseil multidisciplinaire
Marc Boulanger	Représentant du Comité des usagers
Jean-Louis Proulx	Représentant désigné par l'Agence
Rachel Ancil	Membre cooptée

L'ÉQUIPE DE DIRECTION

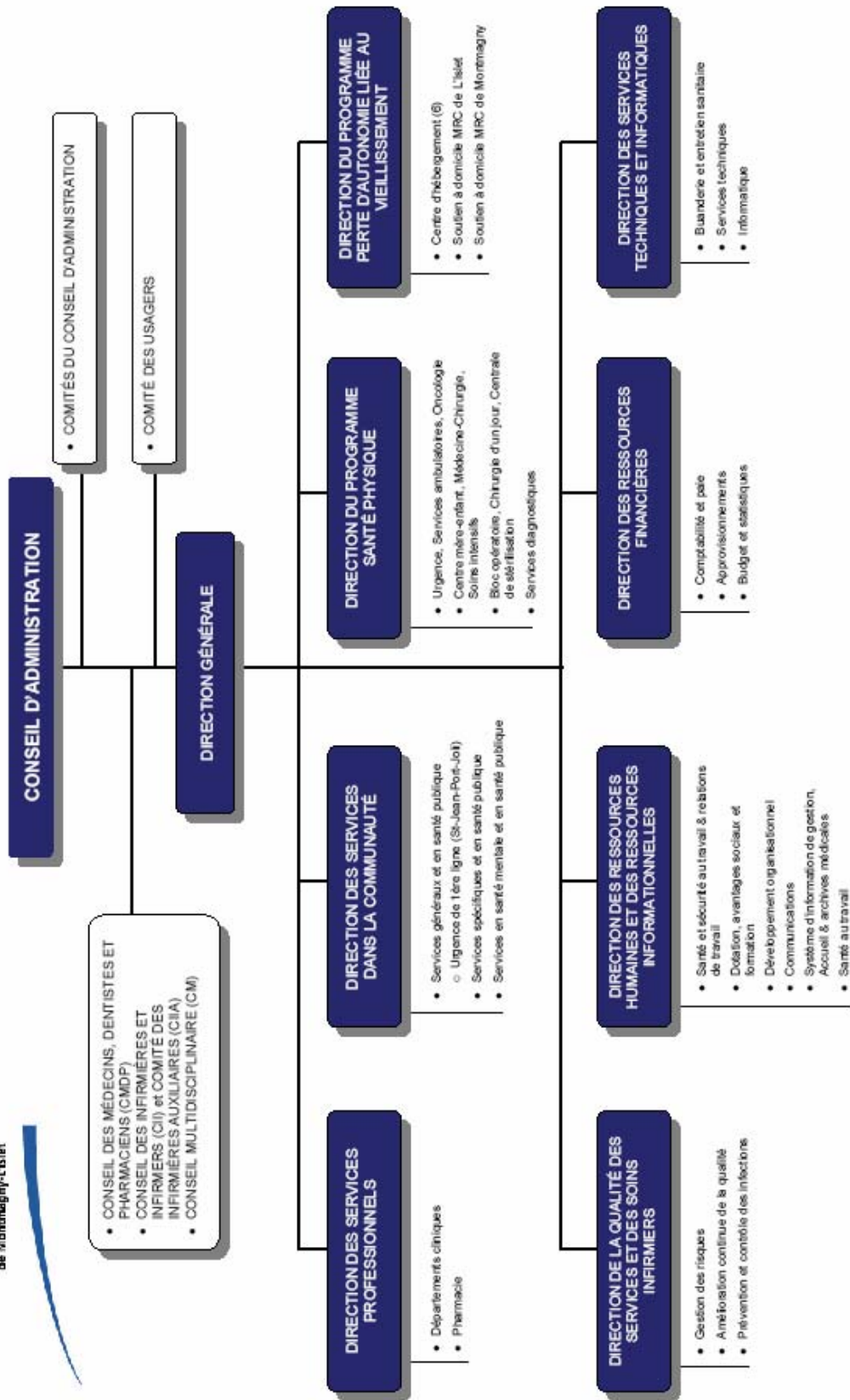


Première rangée, de gauche à droite :

Ginette Bernier	Directrice des services dans la communauté
Annie Tremblay, M.D.	Directrice des services professionnels
Lorraine Mercier	Directrice du programme de santé physique
Marie-Claude Ouellet	Directrice générale
Diane Boivin	Directrice de la qualité des services et des soins infirmiers

Deuxième rangée, de gauche à droite :

Madeleine Corriveau	Directrice des ressources financières
François Parent	Directeur des ressources humaines et des ressources informationnelles
Claude Voisine	Directeur du programme perte d'autonomie liée au vieillissement
Martin Cloutier	Directeur des services techniques et informatiques



LES RESSOURCES HUMAINES

Catégorie de titres d'emploi	Total
Hors-cadres	1
Cadres supérieurs	8
Cadres intermédiaires (incluant ceux en intérim)	41
Infirmières (incluant les cliniciennes)	276
Infirmières auxiliaires	101
Professionnels cliniques (autres qu'infirmières)	82
Techniciens cliniques (autres qu'infirmières)	170
Préposés aux bénéficiaires et aux familles	200
Personnel paratechnique	24
Personnel administratif	144
Personnel de métier	15
Personnel de services auxiliaires	166
	1228

LE RAPPORT DES PLAINTES

Plaintes reçues en 2006-2007	Total
Plaintes en voie de traitement au début de l'exercice	
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	4
Médecin examinateur	1
Plaintes reçues durant l'exercice	
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	55
Médecin examinateur	11
Plaintes conclues durant l'exercice	
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	54
Médecin examinateur	10
Plaintes en voie de traitement à la fin de l'exercice	
Commissaire aux plaintes et à la qualité des services	1
Médecin examinateur	1
Dossiers transmis au deuxième palier	2

LES PARTENAIRES DU RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE LA RÉGION DE MONTMAGNY-L'ISLET

Centre de santé et de services sociaux
de Montmagny-L'Islet

RIS Réseau local de services

Coopératives de services à domicile

Organismes communautaires

Cliniques médicales

Ressources de type intermédiaire

Groupes de médecine familiale (GMF)

Ressources de type familial

Pharmacies communautaires

Ressources privées

Centres hospitaliers universitaires
(Hôtel-Dieu de Lévis, CHUQ)

Partenaires régionaux
(Centres jeunesse, CRDP, CRDI, CRATCA)

Partenaires des autres secteurs

(Commission scolaire, Cégep,
Sûreté du Québec, Sécurité civile)



LES CONSEILS CONSULTATIFS

Conseil des infirmières et infirmiers

Les membres de l'exécutif

Marlène Blouin, présidente
Diane Boulanger, vice-présidente
Brigitte Godbout, secrétaire par intérim
Suzanne Brisson, secrétaire
Louise Dugal, déléguée aux communications
Audrey Blais, conseillère
Diane Boivin, représentante de la Direction générale

Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires

Les membres de l'exécutif

Fabienne Ouellet, présidente
Marthe Bélanger, vice présidente
Hélène Dubé, conseillère
Ange-Marie Lavoie, conseillère
Francine Paradis, conseillère
Diane Boivin, représentante de la Direction générale

Bilan des réalisations 2006-2007 du CII et du CIIA

- Participation du CII et du CIIA dans les comités du projet clinique et de l'Agrément.
- Représentation du CII au conseil d'administration, au comité de gestion des risques, au comité d'éthique clinique, au comité du code vestimentaire au comité d'hygiène et salubrité, au comité de prévention des infections et celui du protocole de non-contention.
- Activités spécifiques organisées lors des journées officielles de l'infirmière et de l'infirmière-auxiliaire (mai 2007) pour créer des liens, ayant à la fois un caractère social et professionnel.
- Suivi de la mise en application du projet de loi 90 dans le respect des standards de qualité reconnus en soins infirmiers : sondage auprès des membres.
- Suivi des recommandations de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires consécutives à la visite d'inspection professionnelle.
- Assemblée générale du CII et du CIIA en cours d'année
- Calendrier d'implantation pour le plan thérapeutique infirmier (PTI) prévu pour l'automne 2007; formation et mise en application. Le CII sera le comité de pilotage.
- Représentation au Congrès de l'ordre régionale 2006.
- Avis sur les politiques concernant :
 - o les contentions dans les différents établissements;
 - o le plan d'intervention et plan de soins infirmiers;
 - o le Code d'éthique.

Conseil multidisciplinaire

Les membres de l'exécutif

Denise Laprise, présidente

Henri Bélanger, vice président

Daniel Cyr, directeur

Émilie Gagnon, directrice

Jean-Louis Légaré, représentant du CM au sein du conseil d'administration

Diane Boivin, représentante de la direction générale

Doris Beaumont, secrétaire

Bilan des réalisations 2006-2007

- Représentation du conseil multidisciplinaire au processus d'agrément : 36 membres ont contribué aux travaux d'analyse menant aux rapports d'évaluation et de recommandations du Conseil canadien d'agrément des services de santé.
- Participation d'un membre de l'exécutif aux rencontres du comité de direction, d'orientation et de pilotage du projet clinique.
- Élection de deux membres du conseil exécutif à la Commission multidisciplinaire régionale. Cette instance regroupe des professionnels du réseau de toute la région Chaudière-Appalaches et donne avis au conseil d'administration de l'Agence de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches. Avis ont été donné sur le Plan régional de lutte à une pandémie d'influenza, le plan de services individualisés, le Plan de planification de main-d'œuvre, la planification stratégique pluriannuelle 2007-2010.
- Création d'un comité de pairs pour les psychologues.
- Diffusion d'articles d'information et de promotion dans le journal interne L'À-Propos (rôle du CM, l'interdisciplinarité, la reconnaissance, la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines).
- Transmission de recommandations et d'avis à la direction générale concernant : le code d'éthique, les mesures de contrôle (isolement et contention) et sur le protocole et les procédures sur les PI- PII – PSI.
- Participation au colloque provincial des Conseils multidisciplinaires à l'automne 2006.
- Continuité des travaux pour la mise à jour de la liste des membres du conseil multidisciplinaire.

Comité des médecins, dentistes et pharmaciens

Les membres de l'exécutif

Gilles Labrecque M.D., président
Danielle Grégoire M.D., vice-présidente
Steven Hamann, M.D., secrétaire
Robert Labrie M.D., directeur
Patrick Blouin M.D., directeur
Geneviève Morin, M.D., directeur
Valérie Gilbert M.D., directeur
Alexandre Lavigne M.D., directeur

Bilan des réalisations 2006-2007

- Révision, mise à jour et programme de suivi de protocoles et ordonnances collectives
- Adhésion à l'ACMDP
- Renouvellement de statuts et privilèges des médecins, pharmaciens et dentistes
 - o Nominations de médecins, dentistes et pharmaciens
 - o Modifications de nominations
- Chefs de département
 - o Nomination du Dr François Guilbault comme chef du département d'anatomopathologie
- Participation active des membres du CMDP à la plupart des comités de travail sur le projet clinique.
- Participation active des membres du CMDP à l'élaboration des PFT Urgence-Soins intensifs et Pharmacie.
- Présentation d'un projet de règlement sur l'élaboration d'un protocole ou d'une ordonnance collective qui sera accepté par l'assemblée du CMDP.
- Retrait des formes d'opioïdes injectables à forte concentration des réserves de médicaments sur les unités de soins et à l'Urgence. Les membres ont accepté de conserver deux ampoules de morphine HP 50 mg/mL pour usage restrictif, dans un but de sédation des usagers des Soins intensifs.
- Suivi d'anticoagulothérapie par la pharmacie Paquet, Caron et associés située à Sainte-Perpétue. Les membres ont accepté que les pharmaciens de la pharmacie Paquet, Caron et associés située à Sainte-Perpétue, puissent suivre les INR de certains usagers sur prescription médicale individuelle à l'aide du protocole médical élaboré au CSSS de Montmagny-L'Islet.
- Accréditation en traumatologie. Les membres ont appuyé la démarche du CSSS de Montmagny-L'Islet de maintenir le niveau primaire en traumatologie.

Comité des usagers

Au cours de l'année 2006-2007, le comité des usagers du Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet a débuté ses activités de défense des droits des usagers, et ce, en étroite collaboration avec les comités des résidents actifs dans chacun des six centres d'hébergement du territoire.

Le comité des usagers est formé de 10 personnes, dont 4 représentent la population et les 6 autres, les comités des résidents.

Au 31 mars 2007, le comité des usagers du CSSSML s'était réuni à 5 occasions. Divers dossiers ont été traités, notamment l'usage du tabac au sein de notre établissement. Le comité a également lu et commenté certains documents organisationnels tels le projet de Code d'éthique et le dépliant sur la procédure d'examen des plaintes.

Bénévoles de l'établissement

Plus de 300 bénévoles oeuvrent au sein des installations du CSSSML. Le groupe le plus imposant de bénévoles œuvre au sein de l'Hôpital de Montmagny et regroupe 83 membres.

Par ailleurs, de nombreuses personnes du milieu et plusieurs groupes sociaux de la communauté s'impliquent à différents niveaux auprès des usagers de l'établissement, notamment dans les centres d'hébergement du territoire et dans le cadre de certaines activités de prévention et de promotion de la santé du secteur communautaire.

À tous ces bénévoles, nous disons un sincère MERCI pour leur implication auprès de nos différentes clientèles.

LES RÉSULTATS

LES DIRECTIONS DES PROGRAMMES SERVICES



DIRECTION DES SERVICES DANS LA COMMUNAUTÉ



Ginette Bernier
Directrice

L'équipe

Ginette Bernier	directrice
Hélène Boutin	coordonnatrice des services en santé mentale
Guyline Fortin	coordonnatrice des services généraux
Lucie Ouellet	coordonnatrice des services spécifiques
Louise Caron	chef d'unité de soins spécialisés (Urgence du CLSC de Saint-Jean Port-Joli)
Francine Pageau	chef d'unité de soins spécialisés (Urgence du CLSC de Saint-Jean Port-Joli)
Chantal Caron	chef de programme-services généraux

Direction des services dans la communauté

Réalisations 2006-2007 de la direction

- Déploiement du suivi d'anticoagulothérapie par les infirmières dans le Sud du territoire Montmagny-L'Islet, en complémentarité du travail effectué par les infirmières du GMF de Montmagny.
- Entente de partenariat pour l'application du protocole RÉMI pour la prévention du suicide sur tout le territoire.
- Concertation avec nos partenaires pour l'établissement d'une seule table prévention-promotion de la santé auprès des jeunes dans notre réseau local de services.
- Préparation du plan d'action et des outils nécessaires pour le déploiement du Plan de services individualisés dans notre CSSS.
- Centralisation de la clinique santé voyage au CLSC de Montmagny pour toute la clientèle du territoire de Montmagny-L'Islet.
- Consolidation du service de dentisterie au CLSC de Saint-Fabien-de-Panet.
- Actualisation du projet Moisson Montmagny-L'Islet pour aider les communautés du territoire à cerner leurs besoins essentiels et cibler les ressources pour combler les écarts au niveau de la sécurité alimentaire.
- Révision du continuum de services et harmonisation de l'offre de service en réadaptation.
- Réorganisation des services courants et de la garde médicale au CLSC de Saint-Pamphile.
- Mise en place d'un service d'ergothérapie pour la clientèle CSST.
- Implantation de la fête des trois ans dans la MRC de L'Islet pour maintenir les liens avec cette jeune clientèle.
- Poursuite du déploiement d'École en santé dans les établissements scolaires de notre territoire (ajout de 5 écoles en 2006-07).
- Mise en place d'une table de concertation locale avec nos partenaires du RLS pour la clientèle en déficience physique.
- Consolidation du transfert administratif des ressources de type familial au CSSSML.
- Dépôt de deux projets à l'Agence pour la clientèle en santé mentale.
- Diminution des listes d'attente en santé mentale pour la clientèle jeune et la clientèle adulte.

Fiche de reddition de comptes

Axe : Prévention – tabagisme

Objectifs de résultats 2005-2010 : Poursuivre la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme.

Indicateurs	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
1.1.2 Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme (CAT)			
- Interventions individuelles	54	46	46
- Interventions de groupe	-	-	-

Commentaires

En mai 2006, l'actualisation de la Loi sur l'usage du tabac est entrée en vigueur. Plusieurs ressources ont été mises à la disposition de la population désireuse d'arrêter de fumer. Le MSSS vise d'intensifier et d'améliorer la disponibilité des services de soutien à l'abandon du tabagisme et pour ce faire, il existe des lignes d'écoute et un site Internet qui présente des informations relatives au tabagisme, des méthodes et des trucs pour arrêter de fumer.

En plus des centres d'abandon du tabagisme offerts dans le CSSSML, divers partenaires sont impliqués dans le suivi et le support. Des approches alternatives sont aussi disponibles.

Durant la dernière année, les activités de groupe ne semblaient pas correspondre aux besoins de la population du CSSSML.

Les infirmières en promotion prévention poursuivent leur implication aux diverses rencontres et formations régionales en vue de répondre aux objectifs visés.

Nom : _____ **Date :** _____

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

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	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
1.2.2 Nombre d'utilisateurs desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	746	850	826
1.2.3 Nombre moyen d'interventions par utilisateur réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3,57	4,14	3,08

Commentaires

Grâce aux efforts consentis pour réduire les listes d'attente, le résultat est presque atteint.

Le nombre d'utilisateurs desservis est relativement atteint. Cependant, une attention particulière devra être apportée à l'intensité des services offerts.

Un regard approfondi sur les pratiques professionnelles et la codification des données sera nécessaire.

Nom :	Date :
--------------	---------------

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

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	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les C\$SS (mission CLSC)	513	360	505
1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les C\$SS (mission CLSC), par usager (DP)	11,16	14	12,59

Commentaires

Un exercice est à faire pour valider le nombre de personnes ayant un diagnostic reconnu dans ce programme ce qui pourra avoir pour impact d'augmenter le nombre d'interventions.

Nom : Lucie Ouellet

Date : 24 août 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

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	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
1.4.3 Nombre d'utilisateurs ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	10	25	18

Commentaires

La cible n'est pas atteinte. Afin de corriger la situation, un projet pilote est en cours.

Un intervenant social dédié à la clientèle en déficience physique a débuté ses activités en juillet 2007 dans la MRC de Montmagny. Pour la MRC de L'Islet, les intervenants demeurent dans le même fonctionnement qu'auparavant. Ceci nous permettra de comparer l'efficacité ou non de ce projet. Celui-ci nous permettra de former cet intervenant spécifiquement pour cette clientèle. Nous pourrions ainsi connaître de façon plus élaborée les services qui peuvent être mis à la disposition de l'utilisateur ayant une déficience physique. Nous espérons que cette centralisation d'expertise fera en sorte que l'utilisateur se verra offrir tous les services auxquels il a droit. Un suivi plus assidu sera ainsi facilité entre l'intervenant dédié et les utilisateurs ayant une déficience physique.

Nom : Lucie Ouellet

Date : 24 août 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soutien à domicile – déficience intellectuelle
--------------	-------------------------------------------------------

Objectifs de résultats 2005-2010	Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinée 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	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
1.5.1 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	115	46	72
1.5.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI)	9,16	9,87	9,19

Commentaires

Une partie de la clientèle en résidence de type familial a été dirigée vers les services courants en CLSC pour répondre à l'approche d'intégration sociale.

Nom : Lucie Ouellet	Date : 24 août 2007
----------------------------	----------------------------

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soutien à domicile – déficience intellectuelle
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	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
1.5.3 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	63	63	58

Commentaires

La cible est presque atteinte.

Nous avons à développer du répit spécialisé pour les usagers demandant un encadrement plus soutenu, et ce, afin d'éviter l'épuisement des familles et les demandes de placement en RNI.

Une table de concertation a été mise en place en avril dernier et ce point est à l'ordre du jour afin que tous les partenaires s'impliquent dans la recherche de solutions à cet égard.

Les ressources de type familial expriment aussi un besoin de répit. Le retrait de certains usagers des centres de jour ou de plateaux de travail adapté fait en sorte que l'utilisateur résidant en RTF se retrouve confiné au domicile. Il faudra donc envisager une alternative à cette situation qui peut devenir contraignante autant pour l'utilisateur en besoin d'activités que pour le responsable de ressources en besoin de répit.

Nom : Lucie Ouellet

Date : 24 août 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soutien à domicile – trouble envahissant du développement
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 un trouble envahissant du développement et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

Indicateurs	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
1.5.4 Nombre de personnes ayant un trouble envahissant du développement recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	14	14	22
1.5.5 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (TED)	6,6	8	7,41

Commentaires

Le nombre de personnes ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement dépasse la cible attendue. Toutefois, l'intensité de service a été maintenue près de la cible à atteindre en 2006-07.

Certains suivis assurés par l'ergothérapeute auprès d'enfants autistes ont été donnés en 2005-2006. Ces enfants ont intégré l'école et ne sont donc plus desservis par le CSSS.

Il n'y a pas de demandes formelles des parents pour du soutien à domicile. Les enfants et les adultes autistes viennent chercher leurs services dans les CLSC ce qui favorise l'intégration sociale.

Nom : Lucie Ouellet

Date : 24 août 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Soutien à domicile – trouble envahissant du développement
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 un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

Indicateurs	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
1.5.6 Nombre d'usagers ayant un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	11	13	12

Commentaires

Les plans d'intervention ont permis aux proches-aidants qui ont fait une demande d'allocation directe d'obtenir le répit désiré, et ce, en fonction du budget disponible.

Six usagers ont bénéficié d'une activité d'équitation thérapeutique au cours de l'été 2007 (8 séances d'une demi-journée) avec des accompagnatrices du CSSSML. Une expérience très appréciée et, dans la mesure du possible, à renouveler.

La table de concertation DI-TED a parmi ses membres une représentante de Nouvel Essor (organisme régional pour la clientèle TED).

Cette représentante a été invitée à venir informer les intervenants du CSSS des services fournis par cet organisme. Un budget additionnel permettra aux parents d'obtenir du répit spécialisé ou autre.

Nom : Lucie Ouellet

Date : 24 août 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

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	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	1113	965	1169
1.6.2 Nombre moyen d'intervention par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	6,36	7	5,78

Commentaires

Les intervenants arrivent à rejoindre le nombre d'usagers ciblés. Cependant, le niveau d'intensité de services est inférieur à la cible de 7 interventions en moyenne par usager. Cette situation s'explique du fait que nous donnons une réponse aux usagers de la liste d'attente afin d'éviter que le problème ne s'envenime et afin que chaque usager reçoive un premier service dans un délai raisonnable.

Il faudra réviser les pratiques professionnelles et la validité de codification à court terme.

Certaines actions sont en cours afin d'accentuer la prévention auprès des familles vulnérables ; la participation du CSSSML au niveau de plusieurs tables de concertation aboutit à la mise en place de projets parrainés par des organismes communautaires tels que le Répit-Jeunesse – Famille et le Répit-Parents. Une table de concertation loisirs-jeunesse a aussi été mise en branle dans la MRC de Montmagny.

La Maison des Jeunes de Montmagny accepte de dégager un budget pour développer le service Intervenant de milieu dans le Sud de la MRC.

L'équitation thérapeutique encadrée par les intervenants du CSSS est aussi une activité préventive et parfois même curative dont plusieurs jeunes bénéficient au cours de l'été.

Plusieurs actions sont donc entreprises en prévention bien que nous sentons de plus en plus que nos actions seront curatives. Il faut donc prévoir que la prévention-promotion soit développée par nos partenaires communautaires incluant les municipalités avec les politiques familiales.

Nom : Lucie Ouellet

Date : 24 août 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

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	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
1.8.1 Nombre d'usagers de moins de 18 ans souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	34	76	79
1.8.2 Nombre d'usagers de 18 ans et plus souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1 ^{re} ligne en santé mentale dans les CSSS (mission CLSC)	584	584	658

Commentaires

Les résultats sont le fruit de la consolidation des services en 1^{er} ligne pour la clientèle de moins de 18 ans en santé mentale et de sa trajectoire de service.

L'ajout de ressources en santé mentale première ligne a permis de voir plus de clientèle adulte (18 ans et plus).

Nom :	Date :
--------------	---------------

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe : Services de deuxième ligne – santé mentale

Objectifs de résultats 2005-2010 Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours.

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.8.3 Nombre d'usagers de moins de 18 ans dont le délai d'accès aux services de 2 ^e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	29	16	10
1.8.4 Nombre d'usagers de 18 ans et plus dont le délai d'accès aux services de 2 ^e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	0	0	0

Commentaires

La consolidation de notre première ligne en santé mentale nous a permis d'aller au-delà de la cible pour les usagers de moins de 18 ans.

Nom :

Date :

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

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 :

- 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	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
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	38	50	34
1.8.6 Nombre de places en services de suivi intensif pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	n/a	n/a	n/a

Commentaires

Nous avons un nombre de places moins élevé que notre cible pour cette clientèle. Nous devons questionner nos pratiques afin d'augmenter notre moyenne de clients à voir par période pour atteindre la cible.

Le développement prévu pour l'année 2007-2008 pour le suivi intensif nous permettra d'ajouter ceci à notre gamme de services.

Nom :

Date :

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Promotion et prévention – jeunes et familles
--------------	-----------------------------------------------------

Objectifs de résultats 2005-2010	Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.
----------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.10 Proportion de femmes ayant accouchées dans l'année rejointe par les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance	40	39	34

Commentaires

La cible n'est pas tout à fait atteinte. Cependant, le nombre de femmes ayant une problématique de pauvreté importante mais qui ont complété un 5^e secondaire ou un DEP n'est pas comptabilisé. Cette clientèle occupe une proportion importante dans notre offre de service en termes d'intensité de services et de besoins à combler. Les critères actuels du service intégré en périnatalité et petite enfance (SIPPE) excluent cette clientèle.

Dans la MRC de Montmagny, une collaboration s'installe entre le Centre d'entraide familial de la MRC de Montmagny et le centre La Normandie afin de déployer les services tout territoire auprès de la clientèle vulnérable.

L'activité PACE (programme d'action communautaire pour les enfants), toujours très active dans la MRC de L'Islet, fût aussi réactivée très sérieusement dans la MRC de Montmagny où nous notons un taux de participation trois fois plus élevé qu'il y a deux ans.

Un ajout d'une journée/semaine au niveau de l'orthophonie ainsi que de l'ergothérapie nous permettra de rejoindre une clientèle pour qui l'assiduité aux services requis est souvent déficitaire. De plus, une éducatrice spécialisée accompagne l'orthophoniste au niveau d'une intervention de groupes et par la suite en individuel, et ce, afin d'intensifier la stimulation auprès de certains enfants.

Un document, *Le développement de l'enfant de 0 à 5 ans* a été élaboré par une éducatrice spécialisée. Ce document sert de référence lors d'interventions en stimulation précoce, lors des groupes PACE. Il sera aussi utilisé comme outil de référence pour le répit-parents.

Une journée /semaine infirmière en périnatalité a aussi été ajoutée afin de répondre à la hausse des naissances dans le secteur Sud de L'Islet et ainsi tendre vers l'atteinte d'une intensité de services répondant au cadre de référence SIPPE.

Nom : Lucie Ouellet

Date : 24 août 2007

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

**DIRECTION DU PROGRAMME
PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT**



Claude Voisine
Directeur

L'équipe

Claude Voisine	directeur
Francine Dubé	coordonnatrice d'activités en centre d'hébergement
Doris Beaudoin	chef d'unité en centre d'hébergement
Manon Laverdure	coordonnatrice d'activités en centre d'hébergement
Sonia Morin	coordonnatrice d'activités en centre d'hébergement
Pierre-Paul Gaudreau	coordonnateur d'activités en centre d'hébergement
Claire Ouellet	coordonnatrice d'activités en centre d'hébergement (prêt de service au MSSS)
Maryline Pelletier	coordonnatrice d'activités en centre d'hébergement
Josée Chouinard	coordonnatrice du soutien à domicile (MRC L'Islet)
Nicole Dubé	coordonnatrice du soutien à domicile (MRC Montmagny)
Josée Pelletier	chef du service de la production et de la distribution alimentaire
Marlène Blouin	coordonnatrice d'activités en centre d'hébergement par intérim

Direction du programme perte d'autonomie liée au vieillissement

Les réalisations 2006-2007 de la direction

- Réalisation et adoption de la politique de tolérance zéro et de la politique sur le vouvoiement.
- Diminution du temps d'utilisation des lits à l'Urgence et à l'hospitalisation grâce à la collaboration entre le programme de santé physique et le programme perte d'autonomie liée au vieillissement.
- Poursuite des travaux pour la réalisation des maisons d'hébergement de Saint-Eugène et Sainte-Perpétue. Dépôt du plan fonctionnel et technique.
- Poursuite de l'harmonisation dans la prestation des services à domicile et dans les services offerts en centre d'hébergement.
- Formation de la table de concertation pour les proches aidants.
- Application de plan de chaleur accablante.
- Élaboration du programme de non-contention pour l'ensemble du CSSSML.
- Partenariat pour un projet d'hébergement avec la résidence le Havre du lac à Sainte-Félicité et Les nobles Gens de L'Islet-sur-Mer (PPP).
- Travaux de préparation à la visite du Conseil canadien d'agrément des services de santé.

Fiche de reddition de comptes

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	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	1 934	1 836	1 771
1.3.2 Nombre moyen d'intervention en soutien à domicile reçu par les personnes en perte d'autonomie	19,85	21,23	21,34

Commentaires

Nous dépassons la cible fixée au niveau des interventions par usager.

Les efforts consentis pour atteindre la cible fixée quant au nombre de personnes recevant des soins à domicile nous ont permis de nous rapprocher de la cible.

Nom :

Date :

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

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	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	2,95	2,95	2,91
1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,17	0,14	0,19

Commentaires

La pénurie de main-d'œuvre, particulièrement en soins infirmiers, a eu un impact défavorable sur l'atteinte de la cible.

Nom :

Date :

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

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	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	157	146	174
1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	17,81	17,9	25,18

Commentaires

Nous avons connu une augmentation de clients. Par ailleurs, certaines problématiques ont demandé plus d'interventions. Exemple : un cas multi problématique à domicile demande plus d'intensité de services qu'une personne hébergée en ressource privée.

Nom :	Date :
--------------	---------------

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

DIRECTION DU PROGRAMME DE SANTÉ PHYSIQUE



Lorraine Mercier
Directrice

L'équipe

Lorraine Mercier	directrice
Diane Blanchet	chef d'unité de soins spécialisés, Urgence, Services ambulatoires, Oncologie
Louise Martin	chef d'unité de soins spécialisés, Centre Mère-Enfant, Médecine-Chirurgie, Soins intensifs (congé sans solde)
Hélène Bélanger	chef d'unité de soins spécialisés, Bloc opératoire, Chirurgie d'un jour, Centrale de stérilisation
Lola Couturier	coordonnatrice des services diagnostiques
Louise-Marie Boucher	coordonnatrice d'activités, soir – nuit - fins de semaine
Gaétan Bélanger	coordonnateur d'activités, soir – nuit - fins de semaine
Fernand Legros	coordonnateur d'activités, soir – nuit - fins de semaine
Corinne Leblanc	coordonnatrice d'activités, soir – nuit - fins de semaine

Direction du programme de santé physique

Les réalisations 2006-2007 de la direction

- Finalisation des plans et devis du plan fonctionnel et technique de l'Hôpital.
- Mise à niveau de la ventilation de la distribution centrale.
- Augmentation de la production chirurgicale pour diminuer les listes d'attente.
- Augmentation des suivis postopératoires en lien avec la production chirurgicale.
- Participation aux travaux en lien avec la visite du Conseil canadien d'agrément des services de santé.
- Augmentation des suivis en oncologie.
- Arrivée d'un nouvel oncologue.

Fiche de reddition de comptes

Axe : Dépistage du cancer du sein

Objectifs de résultats 2005-2010 : Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

Indicateurs	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
1.1.3 Taux de participation au programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS)	64,3	65,3	65,1
1.1.5 Taux de référence pour investigation			
- initial	-	réduction	-
- subséquent	-	réduction	-

Commentaires

Plus de 200 femmes de Montmagny-L'Islet ont assisté à une conférence donnée par la marraine du PQDCS, madame Francine Ruel. Cette activité de sensibilisation jumelée à d'autres actions nous permet de maintenir nos résultats à la hausse.

Nom :

Date :

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe : **Systeme du sang**

Objectifs de résultats 2005-2010 : Optimiser la sécurité de la transfusion et de la transplantation en atteignant un taux de 100 % de traçabilité des produits sanguins.

Indicateurs	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
1.1.10 Taux de traçabilité des produits sanguins	100%	100%	100%

Commentaires

Dans notre laboratoire de banque de sang, il nous est possible, à l'aide du système informatique SIIATH, de retracer tout ce qui a été transfusé (nom du patient ou numéro de don). Avant la mise en place de ce système informatique, le laboratoire fonctionnait avec un système de classeur qui contenait tous les produits qui ont été transfusés et ce, depuis l'ouverture du service de banque de sang. Nous pouvons donc retracer les transfusions réalisées depuis les trente dernières années. Notre taux de traçabilité est donc de 100% en autant que l'on connaît au moins le nom du patient pour les années où le système informatique n'existait pas.

Nom :

Date :

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe : Services d'urgence – santé mentale

Objectifs de résultats 2005-2010

- Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mental
- Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins ;
- 0 % de patient séjournant 48 et plus sur civière à l'urgence

Indicateurs	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	7,6	7,6	7,64
1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	0	0	0

Commentaires

Aucun débordement n'est constaté à l'Urgence. L'organisation des services santé mentale nous permet de libérer des places à l'unité de Psychiatrie.

Nom : _____ **Date :** _____

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

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 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
1.9.11 Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	39	25	50
1.9.12 Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	66	70	138
1.9.13 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	352	362	453
1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	991	1302	2066
1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	725	535	522
1.9.16 Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie de la hanche	1	0	1
1.9.17 Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une arthroplastie du genou	1	0	0
1.9.18 Nombre de patients en attente de plus de 6 mois pour une chirurgie de la cataracte	42	0	1

Commentaires

Au cours de l'année 2006-2007, l'équipe médicale du Bloc opératoire ainsi que tous les membres du personnel ont déployé tous les efforts nécessaires afin de répondre aux attentes ministérielles et atteindre les cibles de résultats.

La réalisation du mandat respectif du Bloc opératoire est principalement due à l'engagement de tous les effectifs médicaux et autres.

Le dépassement des cibles pour une arthroplastie de la hanche ou du genou est en partie le résultat de l'arrivée d'un deuxième orthopédiste en juin 2006 et aux demandes ministérielles de réduire le délai d'attente de ces chirurgies en dedans de 6 mois. La collaboration de tous les intervenants explique le dépassement majeur de la cible demandée.

La performance du bloc opératoire pour l'année 2006-2007 anticipe une réelle augmentation des activités à venir.

Nom : _____ **Date :** _____

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe : Services d'urgence – santé physique

Objectifs de résultats 2005-2010

- Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence :
- Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins ;
- 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence.

Indicateurs	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
1.9.1 Séjour moyen sur civière	7,6	8	9,07
1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	9,8	9,8	10,34
1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	0	0,1	0
1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	0,1	0,1	0

Commentaires

Pour l'année 2006-07, l'Urgence de l'Hôpital de Montmagny a connu une augmentation de 14% de sa clientèle en ambulatoire et patients sur civière.

Nom :

Date :

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

DIRECTION DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET DES SOINS INFIRMIERS



Diane Boivin
Directrice

L'équipe

Diane Boivin	directrice
Gabrielle Turcotte	conseillère à la qualité et à la gestion des risques
Hélène Michaud	conseillère cadre à la prévention et au contrôle des infections

Direction de la qualité des services et des soins infirmiers

Les réalisations 2006-2007 de la direction

- La coordination des activités d'autoévaluation des 10 équipes qualité en préparation à la visite visant l'accréditation de l'établissement par le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS).
- L'adoption d'un protocole d'application des mesures de contrôle : contention et isolement.
- La planification des activités contenues dans le Plan local de lutte contre une pandémie d'influenza.
- La mise à jour du Plan des mesures d'urgence pour le CSSSML.
- L'équipe en prévention et contrôle des infections a été complétée selon les normes du MSSS soit: 1.6 ETC.
- Le comité de prévention et de contrôle des infections a adopté un plan organisationnel 2006-2009.
- L'adoption de quatre règles de soins infirmiers par le comité de règles de soins infirmiers.
- Le soutien clinique aux directions programmes pour l'élaboration d'un protocole de surveillance des usagers qui reçoivent des analgésiques opioïdes.

**DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES
ET DES RESSOURCES INFORMATIONNELLES**



François Parent
Directeur

L'équipe

François Parent	directeur
Marie-Claude Guimont	chef du service de la santé et sécurité au travail et des relations de travail
Cécile Saint-Pierre	chef du service de la dotation, des avantages sociaux et de la formation
Céline Sauvageau	coordonnatrice de l'accueil, des archives médicales et des systèmes d'information
Pierre Savard	coordonnateur Santé au travail Chaudière-Appalaches

Direction des ressources humaines et des ressources informationnelles

Les réalisations 2006-2007 de la direction

- Préparation de la visite d'agrément – Équipe Gestion des ressources humaines (Automne 2006 à février 2007).
- Harmonisation de politiques, procédures et pratiques administratives et clarification des rôles et responsabilités entre la DRH et les gestionnaires en matière de recrutement, sélection du personnel, affichage de postes, vacances annuelles, formation et dossier médico-administratif.
- Augmentation de l'intensité du recrutement externe par la participation active à 5 salons d'emploi.
- Mise en place de l'activité de reconnaissance harmonisée pour tout le personnel CSSSML, pour les retraités et les personnes ayant 25 ans de service.
- Mise en place de conférences bisannuelles de ressourcement pour tout le personnel CSSSML sur les thèmes : *La performance par le plaisir* et *Les couleurs de la communication*.
- Implantation dans l'établissement de la nouvelle nomenclature des titres d'emploi du réseau de la santé et des services sociaux.
- Mise sur pied des équipes de négociation et début des négociations sur les 26 matières locales avec les trois instances syndicales.
- Adoption par le conseil d'administration de la *politique sur la diffusion de l'information et de communication*.
- Implantation et lancement du site internet du CSSSML (mars 2007).
- Adoption de la *politique de sécurité des actifs informationnels et de la protection des renseignements personnels*.
- Préparation de l'implantation du nouveau système d'Index Patient Local à l'Hôpital.
- Nomination par l'Agence en juin 2006, parmi les CSSS de la région, du CSSS de Montmagny-L'Islet comme seul mandataire de la gestion des services de santé au travail pour Chaudière-Appalaches : entrée en vigueur le 7 janvier 2007.

Fiche de reddition de comptes

Axe : Personnel du réseau et du Ministère

Objectifs de résultats 2005-2010 Améliorer la gestion de la présence au travail

Indicateurs	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,51 %	6,05 %	5,38 %

Commentaires

Encore cette année, un suivi régulier de l'évolution de la situation a été effectué par la Direction des ressources humaines. Il y a eu transmission des données relatives à l'assurance salaire à la banque de données nationales, et ce, à chaque fin de période.

Le CSSS de Montmagny-L'islet poursuit son processus de changement organisationnel en uniformisant les pratiques et en négociant des nouvelles conventions collectives à l'échelle locale. Malgré ces changements importants, nous constatons agréablement que le taux d'absence en assurance salaire est en baisse par rapport à l'année précédente.

Des activités de reconnaissance et de ressourcement ont été offertes au personnel et aux cadres. De plus, le comité paritaire en santé et sécurité du travail a été réactivé cette année. Les activités de soutien au changement organisationnel se poursuivront auprès des équipes qui vivent des transformations ou des réorganisations importantes.

Nom : _____ **Date :** _____

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

DIRECTION DES SERVICES TECHNIQUES ET INFORMATIQUES



Martin Cloutier
Directeur

L'équipe

Martin Cloutier	directeur
Jean Côté	chef du service informatique
Jean Scherrer	coordonnateur des services de buanderie et d'entretien sanitaire
Michel Fournier	chef de secteur - services de buanderie et d'entretien sanitaire
Christian Harrisson	chef des services techniques

Direction des services techniques et informatiques

Les réalisations 2006-2007 de la direction

- Compléter la dernière étape du projet d'agrandissement et de réaménagement de l'Hôpital soit la préparation des plans et devis définitifs qui permettront de passer à l'appel d'offres.
- Compléter la mise en place de la structure de la Direction des services techniques et informatiques par l'embauche du chef des services techniques.
- Réalisation de divers projets de maintien d'actifs pour les différents sites de l'organisation.
- Remplacement de deux systèmes téléphoniques en lien avec une vision plus globale des télécommunications.
- Mise en place du projet de lingerie ensachée pour l'ensemble de la clientèle de la Buanderie régionale afin d'accroître la qualité du produit offert à la clientèle et d'assurer une économie de production.
- Participation au processus d'agrément pour les volets de « Gestion de l'information », « Gestion de l'environnement » et « Leadership et Partenariat ».
- Assister et supporter les directions dans la réalisation de leurs projets ou objectifs.

Fiche de reddition de comptes

Axe : Gestion des bâtiments et des équipements

Objectifs de résultats Assurer une gestion des bâtiments et des équipements visant la réduction du taux de dépenses en administration et en soutien aux services et la réduction de la consommation d'énergie.

Indicateurs	Résultats 2005-2006	Cibles* 2006-2007	Résultats 2006-2007
2.1.1 Taux des dépenses en administration et en soutien aux services	21.42	21.45	21.61
2.2.1 Consommation en giga joules par mètre carré	1,87	1,95	1,87

Commentaires

Bien que le taux des dépenses en administration et soutien soit légèrement au-dessus de la cible, ce résultat permet à notre établissement de figurer parmi les établissements de la province ayant les plus bas taux.

Dans le cadre de la rénovation de l'Urgence de l'Hôpital, nous avons présenté un programme d'économie d'énergie qui réduira notre consommation de mazout et d'électricité.

Nom :

Date :

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS



Annie Tremblay, M.D.
Directrice

L'équipe

Annie Tremblay
Josée Langlois

directrice
adjointe à la Direction des services
professionnels

Direction des services professionnels

Les réalisations 2006-2007 de la direction

Planification des effectifs médicaux (médecins, dentistes et pharmaciens)

Accueil : Dr Daniel Garneau, orthopédiste, Dr François Guilbault, anatomo-pathologiste, Dre Ghislaine Daudelin, psychiatre, Dre Julie Beaudoin, omnipraticienne, Dr Jean Routhier, dentiste, Dr Jacques Samson, ophtalmologiste, Mme Yvette Tapp, pharmacienne

Recrutement (arrivée en 2007-08) : Dr Alexis Carrier, médecine interne, Dre Véronique Pelchat, omnipraticienne, Dr Frédéric Saint-Pierre, anesthésiologiste, Dre Julie Lemieux, hémato-oncologue, Mme Gina Simard, pharmacienne

Réorganisation du Bloc opératoire

- Déploiement progressif sur 2 ans d'une 3^e salle d'opération : 2 jours/semaine à partir d'août 2006
- Atteinte et dépassement des cibles de production chirurgicale

Pharmacie

- Regroupement physique de deux équipes (Hôpital+Centre d'hébergement de Montmagny)
- Évaluation du circuit du médicament
- Agrandissement et restructuration des locaux de la pharmacie
- Forfaits d'installation pour le recrutement de pharmaciens (2 primes de 10 000 \$)

Programme de lutte contre le cancer

Consolidation de l'équipe médicale en oncologie :

- Trois omnipraticiens sont impliqués dans la surveillance et le suivi des traitements de chimiothérapie (Dre Michèle Boulanger, Dre Valérie Gilbert et Dre Annie Mercier)
- Amélioration de l'accès aux consultations en hémato-oncologie grâce à l'augmentation des périodes de consultation offertes par le Dr Guy Cantin et sa collègue, Dre Julie Lemieux.

Transformation et organisation réseau

- Réorganisation des services médicaux à Saint-Pamphile afin de standardiser les heures d'ouverture et les présences médicales au CLSC en plus d'améliorer l'accès à un médecin de famille pour la prise en charge.

Développement au plan des équipements médicaux et des nouvelles technologies

- Présentation du projet pour la médecine nucléaire au ministère
- Développement de la technique d'évaluation du ganglion sentinelle, achat du compteur Geiger et d'une sonde

Protocoles et ordonnances

- Implantation du logiciel de gestion documentaire qui permettra de consulter les ordonnances et protocoles dans tout le CSSS.

DIRECTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES



Madeleine Corriveau
Directrice

L'équipe

Madeleine Corriveau	directrice
Jacques Auger	chef de service budget et statistique
Estelle Roy	chef du service de la comptabilité et de la paie
Martin Michaud	chef du service des approvisionnements

Direction des ressources financières

Les réalisations 2006-2007 de la direction

Harmonisation des pratiques

- Afin de réaliser notre mandat pour couvrir l'ensemble des activités du CSSS en matière de ressources financières, nous avons poursuivi l'harmonisation de nos processus aux niveaux comptable, budgétaire et approvisionnement. Pour ce faire, une étape importante a été le regroupement de l'équipe comptabilité et budget au sein du centre administratif. Actuellement, la presque totalité de nos transactions sont regroupées sur un même système financier.
- L'équipe du service des approvisionnements se concentre principalement à l'Hôpital mais avec le mandat de desservir tout le CSSS. Nous avons déployé la politique générale d'approvisionnement, le formulaire de réquisition électronique et nous approvisionnons de plus en plus de sites.

Soutien aux équipes de gestionnaires

- Accompagnement des gestionnaires pour la mise en place, la réalisation ou le suivi de divers projets, entre autres :
 - Modification des titres d'emploi et équité salariale
 - Réorganisation santé au travail
 - Agrément
 - Ressources informationnelles
 - Production chirurgicale
 - Flotte de véhicules, transport intersites et messagerie
 - Harmonisation des produits de nettoyage
 - Lingerie ensachée
 - Index-patient
 - PFT de l'Hôpital, réaménagement des stationnements, économies d'énergie
 - PFT des maisons d'hébergement
 - Plan de pandémie
 - Suivi budgétaire rénovations fonctionnelles et équipements médicaux
 - Circuit du médicament
 - Vaccination-voyageur

Fiche de reddition de comptes

Axe :	Équilibre budgétaire
Objectifs de résultats 2005-2010	Assurer la dispensation des services dans le respect de l'enveloppe budgétaire tout en poursuivant les efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux.

Indicateurs	<i>Résultats 2005-2006</i>	<i>Cibles* 2006-2007</i>	<i>Résultats 2006-2007</i>
Résultat d'exploitation par établissement :			
- CSSSML	272 451	-254 167	-195 261

Commentaires

L'établissement termine l'exercice financier avec un résultat à l'intérieur de la cible budgétaire compte tenu de la cible déficitaire autorisée par le ministère de l'ordre de – 254 167\$.

Toutefois, cette cible est de plus en plus difficile à atteindre, compte tenu des nombreuses contraintes et exigences que notre établissement doit rencontrer.

Nom :	Date :
--------------	---------------

*Cibles : correspond à l'engagement déboursé inscrit à l'entente de gestion 2006-2007.

LES ÉTATS FINANCIERS



ÉTAT DES RÉSULTATS DU FONDS D'EXPLOITATION

Résultats et solde de fonds
de l'exercice terminé le 31 mars 2007

FONDS D'EXPLOITATION

ACTIVITÉS PRINCIPALES

	2006	2007
Revenus	\$	\$
Contribution de l'Agence régionale	51 096 390	61 483 739
Contribution des usagers	5 233 541	6 148 849
Ventes de services et recouvrement	2 588 045	2 660 893
Autres sources de revenus	223 833	274 728
	<u>59 141 809</u>	<u>70 568 209</u>
Salaires	29 874 578	32 433 571
Avantages sociaux généraux	5 969 224	6 434 146
Avantages sociaux particuliers	2 301 979	2 258 005
Charges sociales	4 422 909	4 732 555
	<u>42 568 690</u>	<u>45 858 277</u>
Fournitures médicales et chirurgicales	1 953 133	2 468 977
Médicaments	2 250 335	2 358 342
Denrées alimentaires	759 719	779 945
Produits sanguins	418 843	494 641
Autres	10 993 300	18 803 288
	<u>16 375 330</u>	<u>24 905 193</u>
	58 944 020	70 763 470
Résultats des activités principales	197 789	(195 261)

ACTIVITÉS ACCESSOIRES

Revenus	1 017 318	1 468 646
Charges	942 656	1 468 646
Résultats des activités accessoires	<u>74 662</u>	<u>0</u>
Résultats du fonds d'exploitation	<u>272 451</u>	<u>(195 261)</u>

BILAN DU FONDS D'EXPLOITATION

Bilan au 31 mars 2007

FONDS D'EXPLOITATION

	2006 \$	2007 \$
ACTIF		
<hr/>		
Actif à court terme		
Encaisse	1 348 967	4 036 965
Débiteurs	1 734 149	3 068 109
Stocks	455 389	528 563
Charges payées d'avance	235 654	218 820
Avances au fonds d'immobilisations	188 423	-
	<hr/>	<hr/>
	3 962 582	7 852 457
Autre élément d'actif		
Congés à traitement différé	171 990	214 374
	<hr/>	<hr/>
	<u>4 134 572</u>	<u>8 066 831</u>
PASSIF		
<hr/>		
Passif à court terme		
Créditeurs et frais courus	4 660 926	8 222 510
Dettes au fonds d'immobilisations	-	277 797
Revenus reportés	1 361 183	2 594 604
Autres éléments	115 000	125 027
	<hr/>	<hr/>
	6 137 109	11 219 938
Autres éléments du passif	125 965	-
	<hr/>	<hr/>
	6 263 074	11 219 938
SOLDE DE FONDS	(2 128 502)	(3 153 107)
	<hr/>	<hr/>
	<u>4 134 572</u>	<u>8 066 831</u>

RAPPORT DU VÉRIFICATEUR

Nom de l'établissement
CSSS de Montmagny-L'Islet

Code
1104-4500

Page
120-00

Rapport du vérificateur externe

exercice terminé le 31 mars 2007

Aux membres du conseil d'administration du
Centre de santé et de services sociaux de Montmagny - L'Islet

Nous avons vérifié les états financiers, renseignements complémentaires, données et annexes énumérés à la table des matières du rapport financier annuel du Centre de Santé et de services sociaux de Montmagny - L'Islet pour l'exercice terminé le 31 mars 2007 lequel a été présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services Sociaux, en conformité avec l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. La responsabilité de ce rapport financier annuel incombe à la direction de l'établissement. Notre responsabilité consiste, en nous fondant sur notre vérification, à exprimer une opinion sur ce rapport financier annuel et les autres éléments décrits à l'annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux.

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

A notre avis,

- l'établissement s'est conformé aux dispositions de la loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses dépenses ou son volume de services ou d'activités ;
- l'établissement s'est conformé aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;
- les pratiques comptables de l'établissement sont conformes aux normes et définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux;
- les unités de mesure utilisées par l'établissement sont conformes aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux à l'exception de ce qui est mentionné au commentaire 1 de l'annexe au rapport du vérificateur;
- les méthodes d'enregistrement et de contrôle des données quantitatives suivies par l'établissement sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport annuel, sont valables, à l'exception de l'élément mentionné au commentaire 2 de l'annexe au rapport du vérificateur;
- les procédures de contrôle interne relatives aux données financières suivies par l'établissement sur lesquelles nous nous appuyons dans la conception de nos procédés de vérification du rapport annuel, sont valables;

Rapport du vérificateur externe

exercice terminé le 31 mars 2007

- l'établissement s'est conformé aux directives administratives émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux et par l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches;

À l'exception des éléments mentionnés à l'annexe au rapport du vérificateur, le rapport financier annuel donne, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux de Montmagny - L'Islet au 31 mars 2007, ainsi que de ses revenus et dépenses, de l'évolution de sa situation financière et des données financières et quantitatives de ses centres d'activités pour l'exercice terminé à cette date conformément aux normes et aux pratiques comptables reconnues dans les établissements relevant du ministère de la Santé et des Services sociaux.

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

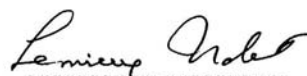
Nom de l'associé responsable Raymond Godbout C.A.

Nom du vérificateur Lemieux Nolet, comptables agréés, S.E.N.C.R.L.

Adresse 226, chemin des Poirier
Montmagny, Qué.
G5V 3X8

Téléphone (418) 248-1910

Télécopieur (418) 248-8405



Le vérificateur

20 juin 2007

Date

Annexe au rapport du vérificateur

exercice terminé le 31 mars 2007

NUMÉRO DU
COMMENTAIRE

COMMENTAIRES

1	Les unités de mesure suivantes n'ont pas été compilées par l'établissement : Services sociaux: L'usager Services externes en psychiatrie pour adultes: L'usager Pharmacie en CLSC: L'usager
---	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2	AUDIOLOGIE ET ORTHOPHONIE Le registre ne contient pas le numéro ou le nom du bénéficiaire. La vérification aux documents de base s'est donc avérée impraticable.
---	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Code d'éthique et de déontologie

Des membres du conseil
d'administration du
Centre de santé
et de services sociaux
de Montmagny-L'Islet

Adopté le 19 mars 2005

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS

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 participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en oeuvre des orientations générales de l'établissement ;
3. Le membre du conseil d'administration doit assister aux réunions du conseil ;
4. Le membre du conseil d'administration présent à une réunion du conseil doit voter lorsque requis ;
5. 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 ;
6. Le membre du conseil d'administration doit agir avec soin, intégrité, honneur, dignité, probité et impartialité ;
7. Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de rigueur, de prudence et d'indépendance ;
8. Le membre du conseil d'administration doit être loyal et intègre envers les autres membres du conseil d'administration et ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi 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 être empreinte d'objectivité et de modération ;
10. Le membre du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions.

DEVOIRS SPÉCIFIQUES

1. Les mesures de prévention

1. Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés ;
2. Le membre du conseil d'administration 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 ;
3. Le membre du conseil d'administration 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 ;
4. Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel ;

5. Le membre du conseil d'administration 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 dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général ;
6. Le membre du conseil d'administration 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 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 ;
7. Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil, une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans ses personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement ;
8. Le membre du conseil d'administration 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.

2. L'identification de situations de conflits d'intérêts

1. Le membre du conseil d'administration doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante ;
2. Le membre du conseil d'administration, 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 publique d'une idée ou d'une opinion ou de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause ;
3. Le membre du conseil d'administration doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions sauf celles acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration ;
4. 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 ;
5. Le membre du conseil d'administration 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 du conseil d'administration :
 - est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux ou que son jugement et sa volonté envers le conseil peuvent en être défavorablement affectés,
 - 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 ;
6. Le membre du conseil d'administration 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 ;

7. Le membre du conseil d'administration 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 ;
 8. Le membre du conseil d'administration 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.
- 3. Régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération de ces personnes**
1. 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 au sein du conseil ;
 2. Le membre du conseil d'administration doit témoigner de respect envers l'établissement et son conseil d'administration.

RÉGIME DE SANCTIONS

1. 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 ;
2. 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 ;
3. Le président ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie ;
4. Le membre du conseil d'administration 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 ;
5. Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration ;
6. Le président ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne ;
7. 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 ;
8. Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné ;
9. La sanction peut consister en une réprimande, une suspension, une révocation, une déchéance de charge ou toute autre sanction jugée appropriée, selon la gravité et la nature de la dérogation ;
10. Toute sanction doit être communiquée par écrit au membre du conseil d'administration concerné.

ENQUÊTE ET IMMUNITÉ

1. 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 d'imposer les sanctions ;
2. 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 le formulaire contenu à l'annexe B du présent code.

LA PUBLICITÉ DU CODE

1. L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration à toute personne qui en fait la demande ;
2. L'établissement doit publier dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration ;
3. Le rapport annuel de l'établissement doit faire état :
 - Du nombre et de la nature des signalements reçus ;
 - Du nombre de cas traités et de leur suivi ;
 - De leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées ;
 - Des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

**INFORMATIONS À FOURNIR CONCERNANT LA PRESTATION SÉCURITAIRE DE
SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
(2002, c.71) ET L'APPLICATION DE LA LOI SUR LES SERVICES
DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (L.R.Q. c. S-4.2)
Exercice concerné : 2006 - 2007**

Identification de l'agence : Agence de services de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Numéro d'identification de l'établissement : _____
 Nom de l'établissement : Centre de santé et de services sociaux de Montmagny-L'Islet
 Nom du répondant : BOIVIN Prénom DIANE
 Titre du répondant : Directrice de la qualité des services et des soins infirmiers

1. Comité de gestion des risques et de la qualité

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

1.2 Date de la mise en place du comité (JJ/MM/AAAA): 17/11/2005

1.3 Nombre de membres :

1.4 Membres :	Fonction Directrice générale	Fonction Chef pharmacienne
	Directrice de la qualité des services et des soins infirmiers	
	Conseillère à la qualité et à la gestion des risques	
	Membre du conseil d'administration	
	Membre du comité des usagers	
	Membre d'une RI-RTF	
	Membre du CMDP	
	Membre du CII	
	Membre du CM	

1.5 Nombre de réunions tenues par le comité pour l'année budgétaire en cours :

1.6 Les problèmes que le comité priorisera l'an prochain : Analyses et mesures à mettre en place pour diminuer accidents reliés aux erreurs de médicaments et les chutes

1.7 Deux programmes de gestion des risques (implanta- Administration sécuritaire des médicaments

tion ou évaluation) qui seront appliqués l'an prochain :

Formation sur les mesures de contrôle
Suivi de plaies complexes :
prévention et traitement.

2. Divulgence de tout accident

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

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

Oui	<input checked="" type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Oui	<input checked="" type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Oui	<input checked="" type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

2.2 Si oui, date de mise en vigueur du règlement (JJ/MM/AAAA) :

2006-02-21

2.3 Les règles de divulgation sont respectées :

Jamais Quelques fois La plupart du temps Difficile à savoir

2.4 Une analyse pour évaluer les causes souches est effectuée lors d'un accident avec conséquences graves :

Jamais Quelques fois La plupart du temps Difficile à savoir

2.5 Les solutions pour éviter la récurrence sont appliquées suite à une analyse approfondie :

Jamais Quelques fois La plupart du temps Difficile à savoir

2.6 De la formation quant à la divulgation a été donnée aux personnes concernées de votre organisation pendant l'année en cours :

Oui	<input checked="" type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
-----	-------------------------------------	-----	--------------------------

3. Déclaration de tout incident et accident et constitution d'un registre local

3.1 Nombre d'incidents déclarés pour l'année budgétaire en cours : Évènements déclarés et sans conséquence

3.2 Nombre d'incidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse :
20 % 40 % 60 % 80 % 100 %

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

20 % 40 % 60 % 80 % 100 %

3.4 Nombre d'accidents déclarés pour l'année budgétaire en cours: évènements

avec conséquences déclarées et divulguées

3.5 Nombre d'accidents déclarés ayant fait l'objet d'analyse approfondie :
20 % 40 % 60 % 80 % 100 %

3.6 Nombre d'accidents déclarés où des mesures ont été prises pour en prévenir la récurrence :
20 % 40 % 60 % 80 % 100 %

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

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

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

3.10 Si oui, date de sa mise en place (JJ/MM/AAAA) : 2005-11-01

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

4. Agrément des services dispensés

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

4.2 Si oui, nom de l'organisme sollicité : CCASS

4.3 Si non, nom de l'organisme qui sera sollicité : _____

4.4 Date à laquelle cet organisme sera sollicité (JJ/MM/AAAA) : _____

4.5 Agrément obtenu : EN ATTENTE DU RAPPORT. Visite du CCASS a eu lieu le 1 juin 2007 **Oui** **Non**

4.6 Si oui, type d'agrément obtenu : Avec suivi sous forme de rapport

4.7 Rapport(s) abrégé(s) d'agrément transmis : **Oui** **No n**

- au ministre :	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- à l'agence :	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- aux ordres professionnels concernés :	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>